

Univerzita Karlova

1. lékařská fakulta

Studijní program: Porodní asistence

Studijní obor: Porodní asistentka



Pavλίna Fabiánová

Porodní poranění ženy při vaginálním porodu pohledem porodní asistentky

Delivery injuries of women during vaginal delivery from midwife's
point of view

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Miluše Kulhavá

Konzultant: MUDr. Petr Hubka, PhD.

Praha, 2018

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 30. 04. 2018

PAVLÍNA FABIÁNOVÁ

Podpis

Identifikační záznam:

FABIÁNOVÁ, Pavlína. *Porodní poranění ženy při vaginálním porodu pohledem porodní asistentky. [Delivery injuries of women during vaginal delivery from midwife's point of view]*. Praha, 2018. 86 s., 15 příl. Bakalářská práce. Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Gynekologicko-porodnická klinika. Vedoucí práce Kulhavá Miluše.

Poděkování:

Ráda bych poděkovala Mgr. Miluši Kulhavé za odborné vedení bakalářské práce. Velký dík patří mé rodině, která mne během psaní bakalářské práce i celého studia podporovala. Děkuji mé babičce, MUDr. Zorce Fialové, za cenné rady, které mi věnovala při vypracování práce. V neposlední řadě bych ráda poděkovala vedení Gynekologicko-porodnické kliniky, které mi umožnilo výzkumné šetření na jejich pracovišti, a zejména porodním asistentkám z oddělení šestinedělí, které ochotně rozdávaly dotazníky. Děkuji všem ženám, které se výzkumného šetření účastnily.

Abstrakt:

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou porodních poranění žen při vaginálním porodu. Cílem této práce bylo shrnout znalosti anatomie porodních cest a problematiky porodních poranění. V praktické části práce bylo cílem zjistit, jaká je informovanost žen v dané problematice, jaká jsou nejčastější porodní poranění či zda má příprava hráze k porodu vliv na vznik porodních poranění.

Teoretická část práce popisuje ve stručnosti anatomii ženských porodních cest, v rozsahu, který je dle mého názoru dostatečný pro porodní asistentky. Dále jsou zde popsány jednotlivé druhy porodních poranění a jejich ošetření. Péče o porodní poranění v období šestinedělí, je další problematikou, která byla rozebrána v teoretické části. Dále jsem zde uvedla jednotlivé metody prevence porodních poranění.

V praktické části jsem pracovala s informacemi, získanými z kvantitativního dotazníkového šetření, které probíhalo na odděleních šestinedělí Gynekologicko-porodnické kliniky 1. lékařské fakulty a Univerzity Karlovy v Praze.

Z výzkumného šetření vyplynulo, že nejčastějším porodním poraněním je epiziotomie a ruptura. Zda má příprava hráze k porodu vliv na vznik poranění hráze se v tomto výzkumu nepotvrdilo, tyto výsledky však přisuzuji povaze pracoviště (perinatologické centrum), ve kterém výzkum probíhal.

Práci mohou využít budoucí porodní asistentky i laická veřejnost k získání povědomí o této problematice.

Klíčová slova:

Vaginální porod, porodní poranění, porodní asistentka, příprava hráze k porodu, šestinedělí

Abstract:

This bachelor thesis deals with the issue of birth injuries of woman during vaginal delivery. The aim of this thesis was to summarize the knowledge of anatomy of birth canal and the issue of birth injuries. The aim in practical part of the thesis was to find out how is the awareness of woman about this issue, which birth injuries are the most frequent or whether had the preparation of perineum impact to formation of birth injuries.

Theoretical part briefly describes the anatomy of birth canal, this range is in my opinion sufficient for midwives. There are also described particular kinds of birth injuries and its treatment. Care about birth injuries in puerperium was also described in theoretical part. Particular kinds of prevention of perineum to delivery were also part of theoretical part.

In practical part I worked with informations, that I gained from quantitative questionnaire, which was taking place in departments of puerperium in Gynäkologicko-porodnická klinika 1. lékařské fakulty a Univerzity Karlovy v Praze.

The research shows, that the most common delivery injury is episiotomy and rupture. The research did not confirm whether the preparation of perineum to delivery has an impact on the occurrence of delivery injuries but these results are attributed to the nature of the department in which the research took place.

This thesis can be used by future midwives and lay public to raise awareness about this issue.

Key words:

Vaginal delivery, delivery injuries, midwife, preparation of perineum to delivery, puerperium

OBSAH

Úvod	9
TEORETICKÁ ČÁST	10
1 Anatomie porodních cest.....	10
1.1 Kostěná pánev.....	10
1.2 Pánevní dno	11
1.3 Vnitřní rodidla	11
1.4 Zevní rodidla	12
1.5 Hráz (perineum)	13
2 Druhy porodních poranění.....	14
2.1 Poranění pánve	14
2.2 Poranění pánevního dna	14
2.3 Poranění dělohy	15
2.4 Poranění zevních rodidel	17
2.5 Poranění pochvy a tkání v jejím okolí.....	17
2.6 Poranění hráze	17
2.7. Epiziotomie	19
3 Ošetření porodních poranění.....	21
4 Péče o porodní poranění v období šestinedělí	23
5 Metody prevence porodních poranění.....	24
5.1 Přírodní metody prevence	24
5.2 Antenatální masáž perinea	24
5.3 Cvičení s vaginálním dilatačním balonkem.....	25
5.4 Poloha matky v II. době porodní.....	26
5.5 Porodnický gel Dianatal	27
5.6 Nahřívání hráze	27
5.7 Chránění hráze za porodu	28
PRAKTICKÁ ČÁST	29
6 Metodika práce	29
6.1 Cíle práce	29

6.2 Metoda sběru dat.....	29
6.3 Metoda zpracování a analýzy dat	30
7 Charakteristika výzkumného vzorku	31
7. 1 Shrnutí vzorku respondentek	37
8 Vyhodnocení výsledků výzkumu	38
9 Vyhodnocení cílů výzkumu	60
10 Diskuze a závěr	61
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	63
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	66
SEZNAM TABULEK	68
SEZNAM GRAFŮ	69
SEZNAM PŘÍLOH	70
PŘÍLOHY	71

Úvod

Porod dítěte je pro většinu žen velice náročným momentem, nakonec ho však převážně hodnotí jako jeden z nejkrásnějších okamžiků v životě. V současné době přibývá stále více žen s porodním plánem, kde mají často uvedeno, že odmítají epiziotomii. Porodní poranění je mezi ženami hojně diskutované téma, ženy se bojí být natrženy či nastříženy a mají strach z bolesti při hojení porodního poranění.

Téma porodních poranění jsem si zvolila právě proto, že jsou častým předmětem diskuzí mezi ženami. Rodičky mnohdy získávají zkreslené informace o porodních poraněních z internetu nebo přímo od žen, které již rodily. Snahou této práce je shrnout znalosti této problematiky a přiblížit je ženám i budoucím porodním asistentkám.

Existují různé postupy snižující pravděpodobnost vzniku porodního poranění. Některé techniky mohou být používány již během těhotenství, jiné se využívají k ochraně hráze během porodu. Porodní asistentky by měly být erudovány v dané problematice a měly by informovat všechny těhotné ženy o použití preventivních metod, o jejich přínosu, ale i rizicích s nimi spojených. Ženy by měly být edukovány o významu a následném hojení epiziotomie, protože pro mnohé rodičky je epiziotomie spíše psychickou, nežli fyzickou újmou.

Výstupem bakalářské práce je edukační leták pro těhotné ženy, s cílem informovat je o možnostech prevence porodních poranění, o významu epiziotomie a o hojení porodních poranění v období šestinedělí.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Anatomie porodních cest

1.1 Kostěná pánev

Pánev vzniká spojením dvou pánevních pletenců (*os coxae*), které se připojují ke kosti křížové (*os sacrum*). Pánevní pletenec vzniká splynutím kosti kyčelní (*os ilium*) s kostí sedací (*os ischii*) a stydkou kostí (*os pubis*). Tyto kosti srůstají v místě jamky kyčelního kloubu (*acetabulum*). Pánevní kost se k osovému skeletu připojuje pomocí kloubu (*articulatio sacroiliaca*). Přední okraje pánevních kostí se spojují pomocí symfýzy, která je téměř nepohyblivá. Na konci těhotenství se však symphysis pubica působením hormonů rozvolňuje, což za porodu umožňuje mírné rozšíření kostí pánve. Průběhem *linea terminalis* je pánev rozčleněna na *pelvis major* a *pelvis minor*. Tato čára prochází od *promontoria* po *linea arcuata* na kosti kyčelní až k hornímu okraji symfýzy (Hájek, 2014).

Velice důležité jsou z hlediska porodnické praxe roviny malé pánve. Rozměry kostěných porodních cest odpovídají fyziologickým průměrům hlavičky zralého novorozence.

Rovina pánevního vchodu (apertura pelvis superior, aditus pelvis) je ohraničena pomocí *linea terminalis*. Má tvar příčně orientovaného oválu. Dopředu vystupující *promontorium* dodává rovině mírně ledvinovitý tvar. Pánevní vchod má tři přímé, jeden příčný a dva šikmé průměry. Prvním přímým průměrem je *diameter recta aditus pelvis*, který měří 11 cm. Dalším průměrem je *diameter obstetrica (conjugata vera obstetrica)*. Tento rozměr je nejdůležitější v rovině pánevního vchodu. Zjišťuje se odhadem tak, že se od *conjugata diagonalis* odečte 2,5 cm. Měří přibližně 10,5 cm. Posledním přímým průměrem pánevního vchodu je *conjugata diagonalis*. Tento rozměr lze měřit *per vaginam*. Měří přibližně 12,5 cm. Příčný průměr pánevního vchodu (*diameter transversa*) měří 13 cm.

Šikmé průměry (*diametres obliquae*) jsou dva a rozdělují se na I. šikmý průměr (*diameter obliqua I. dextra*), který směřuje zdola zprava doleva nahoru, a na II. šikmý průměr (*diameter obliqua II. sinistra*), který probíhá zleva zdola doprava nahoru. Oba průměry měří přibližně 12,5 cm (Hájek, 2014).

Rovina pánevní šíře (amplitudo pelvis) prochází rozhraním mezi obratli S2 a S3, středy *acetabula* a středem symfýzy. Rozlišují se zde dva základní rozměry, prvním je *diameter recta amplitudinis pelvis*, který je přímým průměrem. *Diameter transversa amplitudinis pelvis* je průměr příčný. Oba tyto průměry měří 12 cm (Hájek, 2014).

Rovina pánevní úžiny (angustia pelvis) je proložena kaudálním koncem kosti křížové, okrajem spina ischiadica a dolním okrajem symfýzy. Má oválný tvar. Diameter recta měří asi 11 cm. Diameter transversa (interspinalis) měří 10 cm (Hájek, 2014).

Rovina pánevního východu (apertura pelvis inferior, exitus pelvis) je ohraničena čarou, která spojuje dolní okraj symfýzy, tuber ischiadicum a hrot kostrče. Diameter transversa měří asi 11 cm. Diameter recta spojuje dolní okraj symfýzy a hrotu kostrče. Tento rozměr má 9 cm a je pohyblivý. Za porodu odstrčí procházející plod kostrč dozadu a zvětší tak průměr na 11 - 11,5 cm (Hájek, 2014).

1.2 Pánevní dno

Pánevní dno (diaphragma pelvis) je souborem příčně pruhovaných svalů a vazivových pruhů a tvoří východ pánevní. Má funkci podpůrného aparátu orgánů v pánevní dutině. Tvarem se podobá ploché nálevce. V její přední části se nachází močová trubice a pochva (hiatus urogenitalis), zadní částí prochází konečník (canalis analis). Mezi přední a zadní částí je zahuštěný vazivový uzel (centrum tendineum perinei), na který kraniálně navazuje septum rectovaginale. Do septa se upínají některé svaly perinea. (Roztočil, 2017)

Na stavbě diaphragma pelvis se podílí komplex svalů m. levator ani a musculus coccygeus. Musculus levator ani se tradičně dělí na m. pubococcygeus a m. iliococcygeus.

Svaly pánevního dna jsou pružnou spodinou pánve (Příloha III). Během porodu se svaly pánevního dna výrazně roztahují a umožňují prostup plodu. Při porodu hlavičky se mohou svaly, které tvoří hiatus urogenitalis přetrhnout či odtrhnout. Poranění těchto svalů může zvýšit riziko vzniku sestupu pánevních orgánů (Hájek, 2014).

1.3 Vnitřní rodidla

Vaječníky (ovaria)

Vaječník je párová ženská pohlavní žláza. Je uložen při boční stěně malé pánve, zavěšen na zadní straně širokého děložního vazů. Vaječník je spojen s děložním rohem pomocí ligamentum ovarii proprium. Velikost vaječníku se v průběhu života ženy mění a v průběhu gravidity se výrazně zvětší. Funkcí vaječníků je produkce pohlavních buněk a hormonů. Ovarium se skládá z kůry a dřeně (Slezáková, 2017).

Vejcovody (tubae uterinae)

Vejcovod je párový trubicovitý orgán. Jeho hlavní funkcí je transport vajíčka do dělohy. Začátek vejcovodu je otevřený do dutiny břišní a je vybavený pohyblivými

řasinkami (fimbriae). Fimbrie při ovulaci obklopí vaječník, aby mohly zachytit uvolněné vajíčko.

Vejcovody ústí do dělohy v rozích děložních. Tubae uterinae jsou nejčastějším místem fertilizace (Slezáková, 2017).

Děloha (uterus)

Děloha je dutý svalový orgán sloužící k přijetí oplozeného vajíčka. Poskytuje výživu a ochranu vyvíjejícímu se zárodku a plodu do porodu. Nachází se v dutině pánevní mezi močovým měchýřem a konečníkem. Je lehce předozadně oploštěná a má hruškovitý tvar. Skládá se z těla (corpus uteri) a hrdla děložního (cervix uteri). Obě části jsou spojeny pomocí isthmus uteri, který se během těhotenství stává součástí dolního děložního segmentu (Hájek, 2014).

Fundus uteri představuje nejširší a nejvíce kraniální část dělohy. Uterus se zužuje kaudálním směrem. Dělohu lze rozdělit na přední stěnu (facies vesicalis) a zadní stěnu (facies intestinalis). Obě stěny do sebe po stranách přecházejí zaoblenými děložními hranami (margines uteri). V místech, kde přecházejí děložní hrany do fundu, vybíhají z děložního těla děložní rohy (cornua uteri), kterými vstupují do dělohy vejcovody.

Cervix uteri představuje zúženou kaudální část dělohy. Rozděluje se na horní část (portio supravaginalis) a dolní část (portio vaginalis cervicis uteri). Tyto části se rozdělují v místě úponu pochvy k cervixu. Na vrcholu děložního čípku se rozevívá zevní děložní branka, která má u nulipar kruhovitý tvar, u multipar má tvar příčně rozeklané štěrbiny (Hájek, 2014).

Pochva (vagina)

Pochva je dutý svalový orgán, který spojuje dělohu se zevními rodidly. Svým úponem na děložní hrdlo vytváří přední, zadní a postranní klenby poševní. Patří mezi měkké porodní cesty. Stěna pochvy je měkká a pružná, což umožňuje její značné rozšíření během porodu a následnou involuci v období puerperia (Slezáková, 2017).

1.4 Zevní rodidla

Hrma (mons pubis, mons Veneris)

Hrma je trojúhelníkovitá vyvýšenina, která leží pod břišní stěnou. Tvoří ji tukový polštář, který je prostoupen vazivovými trávci. Na povrchu je kůže s mnoha potními a mazovými žlázami. Kaudálním směrem hrma pokračuje ve velké stydké pysky (Slezáková, 2017).

Velké stydké pysky (labia majora pudendi)

Podkladem velkých stydkých pysků jsou vazivově tuková tělesa. Labia majora jsou kryta silnými chlupy (pubes). Velké stydké pysky k sobě ve střední rovině přiléhají a tvoří stydkou rýhu (rima pudendi). Dorzálně od poševní předsíně se oba stydké pysky spojují zřetelnou příčnou kožní řasou (commissura labiorum posterior). Pod spodinou velkých stydkých pysků leží glandulae vestibulares majores a erektivní tkáň, zvaná blbus vestibuli (Hájek, 2014).

Malé stydké pysky (labia minora pudendi)

Labia minora jsou sagitálně orientované kožní řasy, které jsou uloženy mediálně od velkých stydkých pysků. Jejich kůže má charakter sliznice, není ochlupena a neobsahuje potní žlázy. Podkladem malých stydkých pysků jsou vazivová tkáň s elastickými vlákny, která je bohatě prostoupena žilními pleteněmi. Kraniálně se malé stydké pysky rozebíhají do dvou řas, mezi kterými je uložen klitoris (Hájek, 2014).

Poštěvácěk (clitoris)

Klitoris je topořivý orgán, který je obdobou penisu muže. Skládá se z glans clitoridis a z těla (corpus clitoridis). Glans clitoridis překrývá řasy malých stydkých pysků. Podkladem klitorisu jsou párová topořivá tělesa s obdobnou stavbou, jako corpora cavernosa penisu. Klitoris je připojen prostřednictvím ligament k dolní části symfýzy a pomocí dvou ramen těla klitorisu k dolním ramenům stydkých kostí (Hájek, 2014).

1.5 Hráz (perineum)

Svaly hráze (mm. perinei) jsou uloženy pod pánevním dnem a zespodu překrývají hiatus urogenitalis. Svaly hráze lze rozdělit na dvě skupiny, svaly, které jsou podkladem diaphragma urogenitale a na svaly připojené k zevním pohlavním orgánům. Všechny svaly hráze jsou inervovány z n. pudendus (Hájek, 2014).

Perineální membrána (diaphragma urogenitale) je vazivově svalová ploténka, která se rozpíná mezi rozestupujícími se rameny stydkých a sedacích kostí, v rozsahu mezi spodním okrajem symphysis pubica a spojnicí tubera ischiadica. Je uložena pod diaphragma pelvis a upíná se na dolní hranici kostěné pánve. Perineální membrána obkružuje pochvu a urethu. Centrum perinei je složitý vazivový útvar lokalizovaný před rektum a pod zadní poševní stěnou, stýkají a kříží se zde perineální svaly. Nejpoверхnější částí perinea jsou svaly, které jsou připojené k zevním pohlavním orgánům. Jedná se o m. ischiocavernosus, m. bulbospongiosus a m. transversus perinei superficialis (Hájek, 2014).

2 Druhy porodních poranění

2.1 Poranění pánve

Pánevní vazy, chrupavky a kloubní spoje podstupují hormonální změny během těhotenství a stávají se tak daleko zranitelnějšími. Díky progesteronu a relaxinu dochází k zvýšení vaskularizace a prosáknutí. Estrogeny mají za účinek proliferaci vaziva.

Při spontánním či operačním porodu tak může dojít k poranění symfýzy, lumbosakrálního skloubení i sakroiliakálního kloubu (Roztočil, 2017).

Při vaginálním porodu velkého plodu může dojít k fraktuře či abrupci kostrče. Projevuje se silnými a úpornými bolestmi v coccygeální oblasti. Léčba je zprvu konzervativní, pomocí obstríků, ale bývá často neúspěšná. Často bývá nutné operační řešení (Binder, 2011).

Symfyzeolýza je rozestup symfýzy, ke kterému dochází zvýšením sérové hladiny již zmíněného progesteronu a relaxinu. Pokud je rozestup symfýzy větší než 1 cm, vzniká riziko poškození SI skloubení či ruptury symfýzy. V tomto případě je, dle Hájka, upřednostňováno ukončení těhotenství primárním císařským řezem (Hájek, 2014).

S cíleným přetnutím symfýzy nebo stydké kosti se v současném moderním porodnictví naštěstí nestýkáme. Je tomu tak, díky rozšíření indikací k císařskému řezu pro kefalopelvicový nepoměr. V rozvojových zemích jsou však tyto operace stále aktuální. Následkem bývají poruchy lokomoce, projevující se tzv. kachní chůzí (Roztočil, 2017).

2.2 Poranění pánevního dna

Během vaginálního porodu může dojít k různým stupňům poranění pánevního dna, která mohou být příčinou vzniku inkontinence moči a prolapsu pánevních orgánů.

Poranění měkkých částí můžeme dle Otčenáška rozdělit na poranění svaloviny, fascií, nervů a dutých orgánů, dále na poranění perineální membrány, řitního svěrače a pochvy, kterým se budu věnovat v dalších kapitolách (Otčenášek, 2009).

Účinnou prevencí vzniku poranění pánevního dna je cvičení, které lze provádět i v těhotenství. Mezi příznaky poškození svalů dna pánevního řadí Horčíčka dyspareunii (nepříjemné či bolestivé vnímání sexu) a inkontinenci moči, stolice i větrů. Mnohdy však ženy své potíže skrývají, protože je považují za intimní (přibližně 20 – 25 %). Fyzioterapeutická léčba inkontinence má individuální výsledky, ale uvádí se až 50 – 70% úspěšnost (Horčíčka, 2014).

Poranění svaloviny (m.levator ani)

Během vaginálního porodu se musí značně roztáhnout svalová vlákna pánevního dna, nejvíce pak m. puborectalis, který se při porodu roztahuje až na trojnásobek své klidové délky. Extrémním důsledkem této zátěže může být avulze puborektálního svalu

od pánevní kosti na jedné nebo na obou stranách (Otčenášek, 2009). Dietz uvádí, že až u poloviny žen dochází po vaginálním porodu k podstatné funkční změně pánevních svalů (Dietz, 2013). Incidence závažných defektů svalů pánevního dna při klešťových porodech dosahuje až 60 – 70 %. Diagnostickou metodou volby je magnetická rezonance, prostorový ultrazvuk i palpační vyšetření (Otčenášek, 2009).

Poranění závěsného aparátu

Dojde-li při vaginálním porodu k poškození podpurných struktur pánve, projeví se to hypermobilitou pánevních orgánů. Tento defekt lze diagnostikovat použitím zobrazovacích metod, zejména ultrazvuku (Kašíková, 2012).

Při poruše vazů v okolí dělohy a močového měchýře dochází k prolapsu dělohy a ke vzniku cystokély. Hypermobilita močové trubice je důsledkem defektu vazů v jejím okolí a může být příčinou vzniku stresové inkontinence. Porušení rektovaginálního septa při porodu způsobuje rektokélu (Otčenášek, 2009).

Poranění nervových struktur

Při porodu dochází k dislokaci pánevních struktur kaudálním směrem. Tím dochází ke značnému napínání nervových pletení, podílejících se na inervaci pánevních orgánů a svalů. K poškození nervu dochází při jeho roztahání o více než 15 % jeho klidové délky. Nejčastěji toto rozmezí přesahují nervové větve, které zásobují m. sphincter ani externus či m. levator ani (Otčenášek, 2009). Krčmář ve svém článku uvádí, že denervace těchto svalů je prokazatelná pomocí neurofyzilogických metod u 42-80 % žen po vaginálním porodu (Krčmář, 2014). Poškození pudendálního nervu je spojeno s vyšší incidencí inkontinence moče a stolice (Michalec, 2015).

Poranění dutých orgánů

Operační vaginální porod je rizikový pro vznik poranění močového měchýře. Pokud je naplněn, vzniká zde vyšší riziko vzniku jeho poranění. Proto musí být před každým operačním porodem močový měchýř vyprázdněn (Binder, 2011).

2.3 Poranění dělohy

Ruptura uteri

Ruptura uteri je akutní porodnická komplikace, která ohrožuje na životě rodičku i plod. Dříve se tato závažná komplikace vyskytovala více než v současnosti, hlavními důvody byly patologie pánve. V dnešní době se vyskytuje zřídka, avšak stále je jednou z hlavních příčin úmrtí žen v souvislosti s gestací a porodem (Hájek, 2014).

Ruptura dělohy může nastat při prudkém nárazu do břicha ve vyšší stupni těhotenství, např. při autohavárii. Další příčinou může být dehiscence jizvy na děloze po předchozím císařském řezu, metroplastice či po enukleaci myomů. Jedním z dalších důvodů může být hydrocefalus, vcestný tumor či patologické polohy plodu. Iatrogenní příčiny ruptury dělohy se vyskytují zřídka, obvykle podáním neúměrného množství uterotonik, po Kristellerově expresi nebo při obratu plodu vnitřními hmaty. K ruptuře jizvy po císařském řezu většinou dochází, pokud byl proveden řez korporální nebo cervikokorporální. Dnes se SC nejčastěji provádí příčným řezem v dolním děložním segmentu, kde se rána dobře hojí a k ruptuře dělohy obvykle nedochází – dle Mašaty pouze 0,25 – 0,5 % případů (Hájek, 2014). Císařský řez v anamnéze nebývá kontraindikací vedení porodu vaginální cestou, nicméně se snažíme vyhýbat indukci porodu prostaglandiny či použití uterotonik za porodu. Po takto vedeném porodu se rutinně provádí digitální revize DDS a obvykle třetí den po porodu ultrazvuková kontrola jizvy (Binder, 2011).

Ruptuře dělohy předcházejí intenzivní kontrakce ve stále se zkracujících intervalech. DDS je bolestivý a výrazně napjatý. Cave, při zavedené epidurální analgezii rodička nemusí tento vjem pociťovat! Stále se zvyšující kontrakce náhle ustanou a objevují se příznaky rozbíhajícího se hemoragického šoku. Důležitým jevem je Bandlova rýha, což je viditelná hranice mezi dolním děložním segmentem a děložním tělem. Tato prohlubeň stoupá směrem k pupku a nad něj (Příloha IV). Závažná a nejčastěji se vyskytující ruptura vzniká v děložní hraně. Zde mohou být poraněny důležité cévy a dochází k život ohrožujícímu krvácení. Pro plod bývá děložní ruptura fatální.

Pokud se u rodičky vyskytnou příznaky hrozící ruptury děložní, je nutné ihned nasadit tokolytika a provést akutní císařský řez. Při diagnostice ruptury je prioritou zajištění žilního přístupu a léčba šoku. Ihned se provádí laparotomie a následná zástava krvácení. Další kroky závisí na mnoha faktorech – na věku rodičky, na paritě a zejména na rozsahu poranění dělohy. Pokud se nejedná o velkou rupturu, lze ji vyřešit prostou suturou. Avšak při rozsáhlém a komplikovaném poranění dělohy je nutné provést hysterektomii (Hájek, 2014).

Poranění děložního hrdla

S drobným poraněním děložního hrdla se setkáváme prakticky u každého vaginálního porodu. Dle Hájky není nutné ošetřovat nekrvácující trhliny do velikosti 1 cm.

Velice závažné jsou ruptury, které jsou po celé délce děložního hrdla a mnohdy zasahují až do poševní klenby. Tyto ruptury často vznikají u žen po zákrocích na hrdle, jako je cerkláž či konizace. Dalším důvodem může být děložní hyperaktivita nebo předčasné tlačení při nedostatečně rozvinuté brance. Trhlina děložního hrdla bývá provázena krvácením, zvláště, pokud je zasažena některá z větví uterinních arterií. Pokud je děloha

po porodu dostatečně kontrahována a stále dochází ke krvácení, je třeba vždy myslet na poranění hrdla. Proto se po každém vaginálním porodu rutinně kontroluje stav děložního hrdla v zrcadlech a případně se ošetří zjištěná poranění. Nedostatečné ošetření cervikálních poranění může být příčinou inkompetence hrdla v dalším těhotenství (Hájek, 2014).

2.4 Poranění zevních rodidel

Dle Otčenáška je poranění zevních rodidel poměrně častým jevem (Otčenášek, 2009). Mašata uvádí, že často se objevující drobné trhlinky a odřenininy na kůži malých stydkých pysků není obvykle nutné ošetřovat. Silnější krvácení vyžadující ošetření, bývá z trhlín v okolí klitorisu, kolem kavernózního tělesa (Hájek, 2014).

2.5 Poranění pochvy a tkání v jejím okolí

Ruptury pochvy a hematomy

Trhliny v pochvě jsou obvykle spojeny s poraněním hráze a mohou zasahovat hluboko do poševních kleneb. Trhliny mohou postihnout cévní pleteně i měkké tkáně v okolí pochvy. Ruptury pochvy většinou silně krvácejí. Neošetřené či špatně ošetřené rány vedou k hromadění krve v parakolpiu a ke vzniku paravaginálních hematomů, které jsou příčinou velkých poporodních krevních ztrát (Binder, 2011). Mašata rozděluje hematomy v pochvě na supralevátorové a infralevátorové. Hematom v parakolpiu se objevuje zanedlouho po ukončení III. doby porodní. Rodička udává tlak v oblasti konečníku a podbřišku. Je bledá, má snížený krevní tlak a začíná se u ní rozvíjet hemoragický šok (Hájek, 2014).

Kolpaporrhexis

Kolpaporrhexis nastává, když je hrdlo obkrouženo kompletní cirkulární trhlínou a dochází ke kompletnímu odtržení pochvy od čípku (Hájek, 2014).

2.6 Poranění hráze

Ruptura perinea

Zemanová uvádí, že trhliny hráze jsou nejčastějším porodním poraněním při porodu. Většinou bývají postiženy všechny vrstvy tvořící perineum – kůže, podkoží a svalstvo, současně se může vyskytovat ruptura pochvy (Zemanová, 2013).

Epidemiologické studie ukazují, že perineální trauma koreluje s řadou mateřských, fetálních i porodních faktorů (Oliveira, 2014). K rupturám perinea může dojít při nedostatečném chránění hráze porodníkem nebo při předčasné deflexi hlavičky plodu. Překotný porod je také rizikovým pro vznik poranění, protože při něm hlavička plodu

prostupuje příliš rychle porodními cestami a nedovolí hrázi přizpůsobit se. Na vznik porodního poranění může mít dle Bindera vliv i křehkost tkáně, která bývá ovlivněna proběhlými záněty nebo také vrozená chabost tkáně. Mezi další faktory, které mohou ovlivnit vznik ruptur, patří parita ženy i makrosomie plodu (Binder, 2011).

Oliveira uvádí, že literatura postrádá klasifikaci systémů, které by předpovídaly riziko vzniku poranění hráze. Do takovýchto systémů lze dle Oliveiry zařadit stáří matky, příslušnost k bílé rase a obezitu. Mezi fetální faktory patří porodní váha novorozence. Jako porodní faktor uvádí Oliveira prodlouženou II. dobu porodní, epiziotomii, operační porody i porodní analgezii (Oliveira, 2014).

V současné době používá většina českých porodnic čtyřstupňový klasifikační systém porodního poranění podle protokolu Royal College of Obstetricians and Gynecologists (Zemanová, 2013).

Klasifikace poranění perinea (Roztočil, 2017)

- ruptura I. stupně – zde je postižena kůže hráze a pochva, svalstvo zůstává neporušené
- ruptura II. stupně – zahrnuje kůži hráze, podkoží a svalstvo perinea; ruptura pochvy je ve větším rozsahu
- ruptura III. stupně – trhлина poškozuj e i zevní svěrač konečníku; dělí se dále dle rozsahu poranění svěřačů – a) méně než 50 % zevního svěřače, b) více než 50 % zevního svěřače a c) poranění zevního i vnitřního svěřače s neporušenou anální sliznicí
- ruptura IV. stupně – zde je poraněn zevní i vnitřní anální sfinkter spolu s mukózou rekta (Příloha V)

Komplikace spojené s poraněním hráze

Vyšší stupně ruptur perinea s poraněním análních sfinkterů se často pojí s dlouhodobou mateřskou morbiditou. Jedná se zejména o anální inkontinenci, spojenou s nedobrovolným únikem plynů, stolice i urgentní inkontinencí, která nepříjemně ovlivňuje kvalitu života ženy (Kališ, 2010). De Leeuw uvádí, že 50 % žen po poranění análního sfinkteru udává fekální inkontinenci z důvodu přetrvávajícího defektu svěřače (de Leeuw, 2008). Také může dojít ke snížení kvality sexuálního života nejen ženy, ale i muže. Žena vnímá pohlavní styk nepříjemně či dokonce bolestivě a má strach ze vzniku poranění nebo nechtěného úniku stolice během soulože. Při ruptuře hráze a pochvy dochází k rozšíření poševního vchodu, které pak snižuje obklopení penisu a prožitek muže bývá nižší. Sexuální dysfunkce mívají vliv na fungování páru a mnohdy i celé rodiny. Rozsáhlé porodní poranění v anamnéze zvyšuje riziko vzniku poranění při

dalším porodu a je k uvážení lékaře, zda vést následující porod per vias naturales nebo per SC (Kališ, 2010).

Prevence poranění análního sfinkteru

Primární prevence spočívá v identifikaci všech rizikových faktorů a jejich vyhodnocení, následně pak ve zvolení vhodného postupu při porodu. Jako primární prevenci uvádí Pařízek nahrazení klešťového porodu vakuumextrakcí nebo vyhnutí se použití mediální epiziotomie. Správná diagnostika poranění, zvolení adekvátního operačního postupu a vhodné ošetření poranění patří do sekundární prevence. Ženy s takto rozsáhlým poraněním jsou následně centralizovány do specializovaných ambulancí – terciální prevence (Pařízek, 2012).

2.7. Epiziotomie

Epiziotomie, neboli nástřih hráze, se řadí mezi nejčastěji používané porodnické operace. Roztočil popisuje epiziotomii jako vědomé poranění, provedené lékařem či porodní asistentkou, které zabraňuje nepravidelným rupturám hráze a slouží k ochraně análních svěračů (Roztočil, 2017).

Mezi indikace epiziotomie patří vaginální operace, jako je klešťový porod a vakuumextrakce, dále se provádí při porodu plodu koncem pánevním, u porodu velkého plodu či naopak u předčasného porodu. Kontraindikací je porod HIV pozitivních rodiček, kvůli prevenci aspirace mateřské krve novorozencem (Doležal, 2007). Pokud má rodička v porodním plánu uvedeno, že s provedením epiziotomie nesouhlasí, měl by se porodník snažit její přání respektovat, avšak pouze za předpokladu, že nebude ohroženo zdraví dítěte. Nástřih hráze by se nemělo provádět rutinně, ale pouze v odůvodněných případech – zejména pokud se jedná o již výše uvedené operativní ukončení porodu, jestli hrozí nadměrné prodlužování II. doby porodní či zda je zřetelné nebezpečí poškození análních sfinkterů. Nástřihnutí by mělo být v co nejmenším rozsahu a rodička by vždy měla dát slovní souhlas (Pařízek, 2015).

Nástřih hráze je prováděn buď jako přípravná operace před jinou vaginální operací, nebo se provádí jako samostatný výkon, který slouží jako prevence vzniku nekontrolovatelného poranění hráze. Pokud je to výkon plánovaný, provádí se na nerozvinuté hrázi v pudendální svodné analgezii, nejčastěji 1% roztokem Mesocainu. Při pokročilém vaginálním nálezů se epiziotomie provádí na rozvinuté hrázi i bez místního znecitlivění (Doležal, 2007).

Technika provedení epiziotomie

Epiziotomie se nejčastěji provádí na zcela rozvinuté hrázi, při prořezávající se hlavičce plodu a na vrcholu kontrakce. Nástřih se provádí speciálními nůžkami se zevním zaoblením a tupým zakončením jedné nebo obou branží. Porodník zavede ukazovák a prostředník jedné ruky mezi hlavičku a pochvu a na vrcholu kontrakce za úplného rozvinutí hráze provede epiziotomii. Směr epiziotomie závisí na zvyku porodníka, může být pravostranný nebo levostranný (Hájek, 2014).

Rozdělení epiziotomií (Doležal, 2007)

- mediální epiziotomie

Provádí se v délce 2-3 cm uprostřed rozvinuté hráze a končí u řitního svěrače. Mediální epiziotomie prochází skrz centrum perineum tendinei, díky tomu rána méně krvácí a lépe se šije i hojí. Její nevýhodou je, že se může rozšířit až na řitní svěrač a tím vzniká vysoké riziko ruptury III. – IV. stupně. Další nevýhodou, stejně tak, jako u mediolaterální epiziotomie je skutečnost, že v období šestinedělí odcházejí očistky přes ránu a způsobují tak horší hojení těchto epiziotomií. (Příloha VI)

- laterální epiziotomie

Laterální epiziotomie poskytuje bezpečnou ochranu před rupturami vyšších stupňů. Tato epiziotomie se volí při operačních porodech nebo pokud se očekává makrosomní plod. Provádí se v úhlu 45° ve směru k hrbolům kostí sedacích, přibližně 2 cm nad introitem. (Příloha VI)

- mediolaterální epiziotomie

Tato epiziotomie se provádí přímo od introitu v úhlu 45°. Je to nejběžněji využívaná epiziotomie v praxi. De Leeuw provedl v roce 2007 studii na území Nizozemska a zjistil, že provedení mediolaterální epiziotomie minimalizuje poranění análního sfinkteru při vakuumextrakcích a klešťových porodech (de Leeuw, 2008). (Příloha VI)

Komplikace spojené s provedením epiziotomie

Jednou z komplikací epiziotomie je hematoma, který je způsoben nezastaveným nebo následným krvácením. Při zjištění této komplikace je nutné provést neodkladnou revizi nástřihu a zastavit krvácení. V časném šestinedělí se žena může setkat i se zánětem. Dehiscence rány může nastat při nedokonale provedeném ošetření epiziotomie, po infektu rány nebo při nedostatečně zrevidovaném hematomu. Resutura je prováděna až po odstranění příčin a dokonalém vyčištění rány (Hájek, 2014).

3 Ošetření porodních poranění

Po porodu placenty se za aseptických podmínek provádí kontrola porodních cest v zrcadlech. Ošetřují se postupně všechna poranění ve směru od shora dolů a od míst, kde je větší krvácení k místům s menším krvácením (Doležal, 2007).

Děložní hrdlo

Nejprve se kontroluje děložní hrdlo, pokud je nepřehledné, lze si jej chytit pomocí kleští a prohlédnout si tak celistvost okrajů po celém obvodu. Nejčastěji se trhliny hrdla objevují u č. 3 a 9. Trhliny hrdla se ošetřují, pokud jsou delší než 5 mm a pokud krváčí. Sutura se provádí jemnými vicrylovými stehy. Při ošetřování poranění hrdla bývá většinou požadována asistence porodní asistentky (Doležal, 2007).

Pochva a zevní rodidla

Ruptury v poševní klenbě je obtížné ošetřit, sutura se většinou provádí křížovými stehy. Lacerace v okolí močové trubice a labií jsou většinou povrchové, pokud nekrvácí, nevyžadují nutně ošetření (Doležal, 2007).

Epiziotomie a ruptury

Před ošetřením epiziotomie nebo ruptury lze do pochvy zasunout rozložený tampon, který pohlcuje krev a staví krvácení, umožňuje tak přehlednost šití. Před suturou se provede infiltrace tkáně lokálním anestetikem, nejčastěji 5 – 10 ml 1% Mesocainu. Při nekomplikované epiziotomii začíná sutura od horního pólu poševní sliznice spolu s podslizničními tkáněmi až po hymenální okraj, šije se buď pokračujícími anebo jednotlivými stehy. Poté následuje šití svalů hráze jednotlivými stehy, zde se musí dbát na to, aby byly k sobě pečlivě sešity tkáně podle jejich anatomie. Ve druhé vrstvě se šije podkožní vazivo a nakonec kůže. Sutura se provádí vstřebatelnými vlákny. Kůži lze šít i stehy nevstřebatelnými (Hájek, 2014). (Příloha VII)

Na suturu ruptury III. a IV. stupně se používá jemný vstřebatelný steh, sešívá se submukózní vazivo a uzlí se dovnitř rány. Sfinkter se sešívá vstřebatelnými stehy, začíná se svalovými snopci a potom jeho fascií. Sutura III. a IV. stupně by měl provádět pouze zkušený porodník či chirurg za přítomnosti dvojí asistence (Doležal, 2007). Při rozsáhlém porodním poranění je, dle Záhumenského, doporučováno antibiotické krytí (Záhumenský, 2013).

Na závěr každého poporodního vyšetření by měla být provedena kontrola digitálně per rectum. Žena by následně měla být lékařem či porodní asistentkou seznámena s rozsahem porodního poranění. Následující dvě hodiny na porodním sále kontroluje

porodní asistentka stav poranění a ztrátu krve. Na oteklou hráz může PA přiložit studené obklady (Hájek, 2014).

Kompetence porodních asistentek

Porodní asistentka je, dle vyhlášky 424/2004 Sb. konkrétně § 5, kompetentní k ošetření porodního poranění. Ve většině porodnic to však spadá do práce lékařů a porodní asistentka ošetřuje jen nekomplikovaná poranění (Štomerová, 2010).

4 Péče o porodní poranění v období šestinedělí

První seznámení s péčí o porodní poranění by mělo proběhnout již na porodním sále. Další a obsáhlejší edukace nedělky následuje během jejího pobytu na oddělení šestinedělí.

V raném šestinedělí je pro hojení porodních poranění velice důležité dodržovat důkladnou hygienu. Nedělka by měla používat jednorázové prodyšné porodnické kalhotky a vložky. Vložky je třeba často měnit – zpočátku nejlépe po každém kojení, jelikož je během kojení vylučován hormon oxytocin, který má uterotonické účinky a způsobuje tak zvýšené odcházení očístků (lochií). Lochia jsou směsí povrchové nekrotické vrstvy endometria, krve a lymfatických tkání. Očistky mají alkalické pH a tím zvyšují riziko vzniku infekce (Roztočil, 2017). Po manipulaci s použitými vložkami je důležité dbát na zvýšenou hygienu rukou, aby nedošlo k nakažení novorozence ani ke kontaminaci prsou a vzniku mastitidy. Zpočátku může porodní asistentka doporučit nedělce močit do sprchy, aby zmírnila pálení v místě poranění. Po stolici by se měla žena vždy otírat od pochvy směrem ke konečníku, aby zabránila kontaminaci perinea a pochvy výkaly. Zpočátku je vhodné sprchovat genitál po každém použití toalety. Porodní asistentka dále ženu poučí o vhodnosti větrání rány po propuštění z nemocnice. Porodní poranění se obvykle hojí týden až 10 dní, stehy se používají vstřebatelné a měly by v průběhu hojení samy vypadat. Pokud žena pociťuje dyskomfort v místě šití epiziotomie či ruptury, může jí lékař jeden steh povolit (Roztočil, 2017).

Ošetřovatelská péče o nedělku s rozsáhlým porodním poraněním, zejména ruptur třetího a čtvrtého stupně spočívá v plnění ordinace lékařů. Záhumenský uvádí, že by měla být všem ženám podána změkčovací stolice v podobě laktulózy. Doporučené dávkování je od 10-15 ml až do dávky 60 ml denně. Tato léčba by měla trvat přibližně 10-14 dní. Po dobu 4-5 dní je doporučeno podat bezezbytkovou či kašovitou dietu. Pokud má žena rozsáhlejší porodní poranění, může jí porodní asistentka doporučit sedat si na poporodní polštář nebo nafukovací kruh. Na zmírnění otoků a bolestivosti v okolí hráze a konečníku lze podávat studené obklady (Záhumenský, 2013).

Po příchodu domů může nedělka využít sedací koupele. Zejména koupele s příměsí dubové kůry, která má díky obsahu třísloviny stahovací a protizánětlivé účinky. Ze svých zkušeností Ingeborg Stadelmann nedoporučuje heřmánek v časném šestinedělí, protože často působí červenání a podráždění rány. První den se doporučuje chladná až vlažná voda. Teplota vody se postupně zvyšuje, teplou vodu by měla žena použít až po odeznění bolestivosti porodního poranění. Po koupeli je třeba ránu důkladně osušit, nejlépe volně na vzduchu (Stadelmann, 2009). Při zánětlivých změnách se doporučuje sedací koupel v slabém roztoku hypermanganu (Hájek, 2014).

5 Metody prevence porodních poranění

Velmi častou otázkou těhotných je, zda lze nějakým způsobem předejít poranění hráze. Jak jsem již uvedla, většina žen se bojí epiziotomie a poranění hráze, a tak se snaží zjistit, jakým způsobem mohou těmto poraněním předejít. Tyto informace ženy získávají na internetu, na předporodních kurzech nebo ze zkušeností svých kamarádek. Existuje mnoho metod, které ženy mohou využít k přípravě hráze k porodu. Je třeba ale zdůraznit, že ani nejlepší příprava nemůže zajistit stoprocentní ochranu. Při porodu záleží na mnoha faktorech – mezi které patří např.: již výše zmíněná váha novorozence, vlastnosti tkáně hráze, změněné proběhlými záněty nebo technika chránění hráze porodníkem (Stadelmann, 2009). Je ale také třeba uvést, že jakákoliv antenatální prevence poranění hráze při porodu je lepší, než žádná (Bohatá, 2016).

5.1 Přírodní metody prevence

Lněná semínka

Od 34. týdne těhotenství se doporučuje sníst jednu polévkovou lžici rozdrcených lněných semínek denně. Pojídání lněných semínek zvyšuje tvorbu hlenu v pochvě. Pozitivní vliv má i na střevní sliznici, dochází k úpravě stolice. Je však důležité dodržovat pitný režim, neboť může vzniknout zácpa (Stadelmann, 2009).

Pití odvaru z listů maliníku

Pravidelné užívání čaje z maliníku od 34. týdne má, dle mnohých porodních asistentek, vliv na schopnost uvolnit svaly malé pánve. Avšak není nijak vědecky prokázáno, jaký vliv má pití odvaru z maliníku na těhotné (Stadelmann, 2009).

Dle výsledků české studie, měly přírodní metody prevence vliv na vznik neporušené hráze pouze v případě, že byly využívány s jinými metodami prevence, např. masáž hráze nebo dilatační balonky (Bohatá, 2016).

5.2 Antenatální masáž perinea

Při porodu se s poraněním hráze se setkává až 70 % žen. Neoficiální zprávy uvádějí, že provádění perineální masáže v těhotenství a při porodu má vliv na redukci vzniku perineálních traumat (Hastings-Tolsma, 2014). Masáž hráze má za cíl zvýšit elasticitu hráze a podpořit její dostatečné rozvinutí při porodu (Maryšková, 2010).

Beckmann a Stock uvádějí, že provádění antenatální perineální masáže je spojováno se snížením výskytu poranění, která by vyžadovala ošetření. Dále uvádějí, že ženám, které prováděly v posledních týdnech těhotenství masáž hráze, nemusela být provedena epiziotomie. U multipar, provádějících masáž hráze, se objevuje značné snížení bolestivosti v prvních třech měsících po porodu. Nicméně masáž hráze dle této studie

nemá vliv na incidenci instrumentálních porodů, dyspareunie ani inkontinence moči, stolice a plynů. Perineální masáž není doporučována, pokud žena trpí vaginálními opary, výtoky či mykózami (Beckmann, 2013).

Stadelmann považuje masáž hráze za nejdůležitější přípravu na porod. Masáž se může provádět speciálním olejem na masáž hráze, který obsahuje směs třezalkového oleje s olejem z pšeničných klíčků a přidavkem muškátové šalvěje a růže (Stadelmann, 2009). Také lze využít rostlinný olej nebo vaginální lubrikant (Maryšková, 2010).

Technika antenatální masáže hráze

S masáží hráze může žena začít přibližně ve 34. týdnu těhotenství, provádět by se měla jednou až dvakrát denně po dobu 5-10 minut. Perineální masáž může provádět žena sama (automasáž) nebo za pomoci partnera. Těhotná zaujme polohu v polosedu s pokrčenýma nohama. Partner do pochvy zavede nalubrikovaný ukazováček a prostředníček do hloubky přibližně 3-4 cm. Pokud žena provádí automasáž, do pochvy zavede palec. Prsty přejíždí po hrázi z jedné strany na druhou, ve tvaru písmene U. Stěnu pochvy tlačí směrem dolů a dopředu, až do pocitu mírného natažení (Maryšková, 2010). Během masírování se žena soustředí na dýchání a snaží se uvolnit masírované svaly hráze (Kališ, 2007). Perineální masáž se zakončuje mnutím hráze mezi palcem a ukazovákem po dobu přibližně jedné minuty (Příloha VIII). Masáž by neměla být bolestivá, samozřejmě je pečlivá hygiena rukou před i po jejím provedení (Maryšková, 2010).

5.3 Cvičení s vaginálním dilatačním balonkem

Jedním z dalších způsobů prevence poranění hráze je silikonový dilatační balonek, známý jako Epi-no či Aniball. (Příloha IX) Balonek Aniball je česká zdravotnická pomůcka, která je určena k posilování svalů pánevního dna a přípravě porodních cest na porod. Tvar balonku Aniball vychází z afrického porodnictví, kde těhotné připravují hráz k porodu vytvarovanou tykví (Aniball, 2016).

Pravděpodobnost vzniku porodních poranění u vícerodiček snižuje, z důvodu menšího odporu tkání vůči prostupující hlavičce. Tato myšlenka vedla k vývoji dilatačních balonků. Díky tréninku s dilatátory těhotná postupně zvyšuje elasticitu tkáně. Z těchto žen se pak, dle Bohaté, stává z prvorodičky tzv. funkční vícerodička (Bohatá, 2016).

Dilatátor se skládá ze silikonového balonku a ruční pumpy. Cvičení se doporučuje přibližně 30 minut denně od 36. – 37. týdne těhotenství až do porodu.

Nejprve se posilují svaly pánevního dna. Žena zavede do pochvy nenafouknutý balonek a střídavě stahuje a uvolňuje svaly pánevního dna. Poté balonek nafoukne do pocitu mírného tlaku. Při každém dalším cvičení se objem dilatátoru postupně zvětšuje. Nafoukнутý balonek pak žena nechá volně vyklouznout z pochvy.

Cvičení lze provádět do pocitu maximálního napnutí, nikdy by však nemělo být bolestivé. Silikonový balonek lze rovněž použít po porodu k regeneraci svalstva pánevního dna (Aniball, 2016).

Před začátkem používání dilatačního balonku se doporučuje konzultace s lékařem či porodní asistentkou. Cvičení s balonkem je kontraindikováno v případě rizikového těhotenství, při hrozícím předčasném porodu nebo při zánětech pochvy či oparech (Aniball, 2016).

V roce 2016 byla publikována studie z gynekologicko-porodnického oddělení v Českém Krumlově, které se zúčastnilo 315 primipar po vaginálním porodu. Dle výsledků této studie je zřejmé, že používání vaginálních dilatačních balonků významně snížilo riziko vaginálních operativních porodů i počet provedených epiziotomií. Autoři této studie dále prokazují korelaci mezi intaktní hrází a dosaženou dilatací. K prevenci vzniku poranění hráze dle této studie dochází pouze od dilatace na 24 cm a výše. Další výhodou dilatátorů může být skutečnost, že ženy, které používaly dilatační balonky v těhotenství, měly zkušenost s tlakem, který způsobuje hlavička při průchodu porodními cestami. Ženy jsou pak schopny lépe a efektivněji tláčit (Bohatá, 2016).

5.4 Poloha matky v II. době porodní

Poloha rodičky v II. době porodní může výrazně ovlivnit průběh porodu i eventuální vznik porodních poranění. Nelze však určit, která poloha je pro ženy nejlepší, každá má své výhody i nevýhody. Rodička s fyziologickým průběhem porodu si může vybrat polohu, která jí bude během porodu vyhovovat. Porodník je však povinen poučit ženu o omezených možnostech chránění hráze a tedy o možnosti vzniku nekontrolovatelných ruptur perinea (Keen, 2007).

Polohy na zádech – horizontální polohy

V západní medicíně je poloha na zádech nejběžnější polohou ženy při porodu. Horizontální polohy můžeme rozdělit na: a) supinní poloha – poloha vleže na zádech, b) poloha v polosedě – horní část těla vzpřímená do 30 - 45°, c) litotomická poloha – elevace dolních končetin, d) poloha vleže na boku, e) McRobertsova poloha – hyperflexe DK, provádí se spolu se suprapubickým tlakem k řešení dystokie ramének (Příloha X). Mezi výhody poloh na zádech řadíme snadnější přístup k transabdominální monitoraci ozev plodu během porodu. Tyto polohy také umožňují porodníkovi kontrolu napínání hráze, její chránění během porodu i eventuální provedení epiziotomie. Dle Kališe však může poloha vleže snížit intenzitu kontrakcí a prodloužit tak vypuzovací dobu, zároveň může vznikat syndrom aortokavální komprese a zapříčinit tak vznik asfyxie plodu. To pak vede akutnímu operativnímu řešení, vyžadujícímu rozsáhlou epiziotomii a aplikaci oxytocinu (Kališ, 2007). Poloha na boku je spojována s nižším výskytem epiziotomií a ruptur perinea ve srovnání s polohou vleže či polosedě, ženy tuto polohu hodnotí jako komfortnější (Albers, 2007).

Vzpřímené polohy – vertikální

Mezi vertikální polohy lze zařadit polohu vkleče, polohu ve stoje s podporou, polohu v dřepu a polohu vsedě na porodnické stoličce (Příloha XI). Poloha v dřepu je považována za nejpřirozenější polohu při porodu, avšak ženy často nedokáží v této poloze zůstat po celou dobu vypuzovací fáze. Mezi výhody této polohy patří zejména gravitační efekt, dále efektivnější kontrakce, zkrácená II. doba porodní a snížené riziko útlaku dolní duté žíly. U žen, které rodily ve vzpřímené poloze je, dle Cohranovy databáze, znatelně nižší četnost provedených epiziotomií, zároveň ale Kališ uvádí, že v této databázi nejsou uvedeny ruptury perinea 3. stupně. U žen, které rodí ve vzpřímené poloze nelze dostatečně chránit hráz jako v poloze vleže (Kališ, 2007).

5.5 Porodnický gel Dianatal

Dianatal je sterilní porodnický gel speciálně navržený švýcarským porodníkem A. Schaubem. Porodnický gel má protektivní účinky na svaly pánevního dna, pochvy a hráze. Vytváří v pochvě film, který usnadňuje pohyb plodu při porodu. Jeho účinkem se snižuje tření při porodu až o 50 %. V balení jsou obsaženy tři tuby s aplikátory. (Příloha XII) Dvě tuby se používají v první době porodní, jedna je pro druhou dobu porodní. Přibližně 3-5 ml gelu se zavádí do porodního kanálu od prvního vaginálního vyšetření až do porodu. Za 15-30 minut po odtoku plodové vody se aplikuje dodatečná dávka gelu. Dle doporučení výrobce se má po porodu hlavičky otřít suchou plenou oblast úst a nosu (Dianatal, 2008).

Výsledky klinické studie ve Švýcarsku v roce 2008 prokazují značné snížení druhé doby porodní i snížení rizika vzniku ruptur hráze při používání porodnického gelu za porodu. První doba porodní a celková doba porodu byla také snížena, ale ne signifikantně (Schaub, 2008).

5.6 Nahřívání hráze

Nahřívání hráze se provádí v druhé době porodní pomocí vlhkých sterilních obkladů o teplotě kolem 38 – 44 °C. Obklad se přikládá po celou dobu vypuzovací fáze, zejména pak při prořezávání hlavičky. Teplo má spasmolytické účinky a působí na uvolnění tkáně hráze. Rodičky, kterým byla hráz během porodu nahřívána, uvádějí menší dyskomfort během 2. fáze porodní a zároveň menší bolestivost hráze první dny po porodu. Nahřívání hráze nemá dle metaanalýzy V. Aasheima vliv na poranění prvního a druhého stupně a trhlinek, avšak byl zaznamenán výrazně nižší výskyt závažných ruptur třetího a čtvrtého stupně (Aasheim, 2011).

5.7 Chránění hráze za porodu

Chránění hráze za porodu je nejpoužívanější metodou prevence vzniku poranění.

Technika chránění hráze – „hands on“

Porodník začíná chránit hráz, až když je napnutá a vyhlazená a hlavička zůstává fixovaná v pootevřené vulvě. Chránění hráze se provádí dominantní rukou se sterilní rouškou. Je důležité, aby rouška nepřekrývala zadní komisuru a porodník měl přehled o celistvosti hráze. Palec pravé ruky se nachází na pravé polovině hráze, ostatní prsty na druhé straně hráze. Vzdávající napětí hráze se oslabuje tak, že se k sobě přibližuje palec s ostatními prsty. Během kontrakce se snaží lékař či porodní asistentka přetáhnout hráz přes rodící se hlavičku plodu. Druhá ruka, většinou levá, brání rychlé progresi hlavičky – tzv. „supercrowning“ (Příloha XIII). Pokud hrozí riziko ruptury hráze, provede porodník epiziotomii. Po porodu hlavičky proběhne zevní rotace a následuje porod předního a poté zadního raménka. Při porodu zadního raménka porodník také chrání hráz (Roztočil, 2017).

Guidelines v USA nedoporučují rutinní provádění manuálního chránění hráze. V UK používají k prevenci hráze jak techniku „hands on“, tak tzv. „hands off“ techniku (Jansová, 2014). Podle Rezaei při této technice porodní asistentka pouze sleduje průběh porodu. Porodní asistentka pomáhá až ve chvíli, kdy nedojde ke spontánnímu porodu celého plodu do 15 minut po porodu hlavičky nebo pokud plod jeví známky hypoxie plodu (Rezaei, 2014). Dle Jansové chránění hráze snižuje napětí perineálních struktur o 39 % oproti technice „hands off“ (Jansová, 2014). Při „hands off“ technice dochází dle írské studie ke snížení četnosti epiziotomie oproti „hands on“. Naopak četnost ruptur v okolí uretry byla vyšší ve skupině „hands off“ (Rezaei, 2014).

PRAKTICKÁ ČÁST

6 Metodika práce

V praktické části bakalářské práce se zabývám výzkumem porodního poranění mezi ženami po vaginálním porodu na odděleních šestinedělí Gynekologicko-porodnické kliniky 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze.

6.1 Cíle práce

Ve výzkumné části práce jsem si stanovila následující cíle:

Cíl 1. Zjistit, jaká jsou nejčastější porodní poranění žen při vaginálním porodu.

Cíl 2. Zjistit, zda hmotnost plodu nad 3500 gramů zvyšuje riziko vzniku porodního poranění.

Cíl 3. Zjistit, zda má příprava hráze k porodu vliv na vznik porodního poranění.

Cíl 4. Zjistit informovanost rodiček o možnostech prevence porodních poranění.

6.2 Metoda sběru dat

K zjištění požadovaných informací jsem zvolila kvantitativní dotazníkové šetření, které probíhalo v období od prosince 2017 do února 2018 na třech odděleních šestinedělí Gynekologicko-porodnické kliniky 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze. Dotazníky byly distribuovány v tištěné formě prostřednictvím porodních asistentek z oddělení šestinedělí, které jsem instruovala ohledně informací, které měly předávat respondentkám. Dotazník byl opatřen krátkou zprávou, která informovala ženy o účelu dotazníkového šetření a o anonymitě získaných dat. Všechny ženy byly po spontánním vaginálním porodu.

Strukturovaný dotazník obsahuje 24 otázek. Úvodních 6 otázek zjišťuje základní údaje o rodičce, o předešlých porodech a o novorozenci. Dalších 11 otázek se týká přípravy hráze k porodu, porodu samotného a event. vzniku poranění. Následující otázky se zaměřují na poporodní období. Dotazník obsahuje otázku otevřenou (č. 17), polouzavřené (č. 4, 8, 9, 11, 12), uzavřené s jednou odpovědí (č. 1, 3, 5-7, 10, 12, 13, 15, 18, 20-24) a polytomické otázky (č. 8, 9, 11, 14, 19). Rozdáno bylo celkem 130 dotazníků, k zpracování se vrátilo 118 dotazníků. Návratnost tedy byla necelých 91 %. Všechny tyto dotazníky byly kompletně vyplněny a použity k výzkumnému šetření.

6.3 Metoda zpracování a analýzy dat

Jednotlivé položky dotazníku jsou vyhodnoceny pomocí absolutní a relativní četnosti. Při výpočtu relativní četnosti bylo použito matematické pravidlo zaokrouhlování a to tak, že čísla 0-4 jsou zaokrouhlována dolu a čísla 5-9 jsou zaokrouhlována nahoru. Dotazník vyhodnocuji pomocí tabulek a grafů. Tabulky obsahují relativní a absolutní četnost. Grafy jsou zpracovány v procentech a každý je opatřen slovním komentářem. Dotazník vyhodnocuji v rámci celé skupiny respondentek. Některé otázky vyhodnocuji podle faktorů, které mohou dle mého názoru ovlivnit vznik poranění.

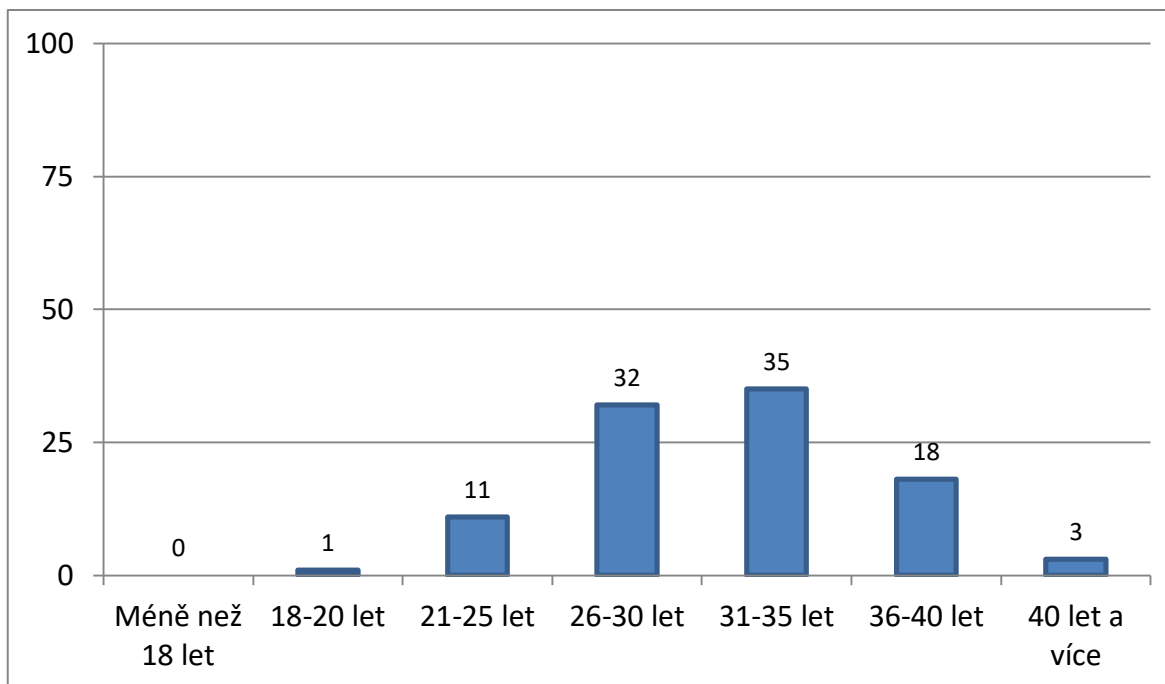
7 Charakteristika výzkumného vzorku

Otázka č. 1 - Do jaké věkové kategorie patříte?

Tabulka 1

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Méně než 18 let	0	0
18-20 let	1	1
21-25 let	13	11
26-30 let	38	32
31-35 let	41	35
36-40 let	21	18
40 let a více	4	3
Celkem respondentek	118	100

Graf 1



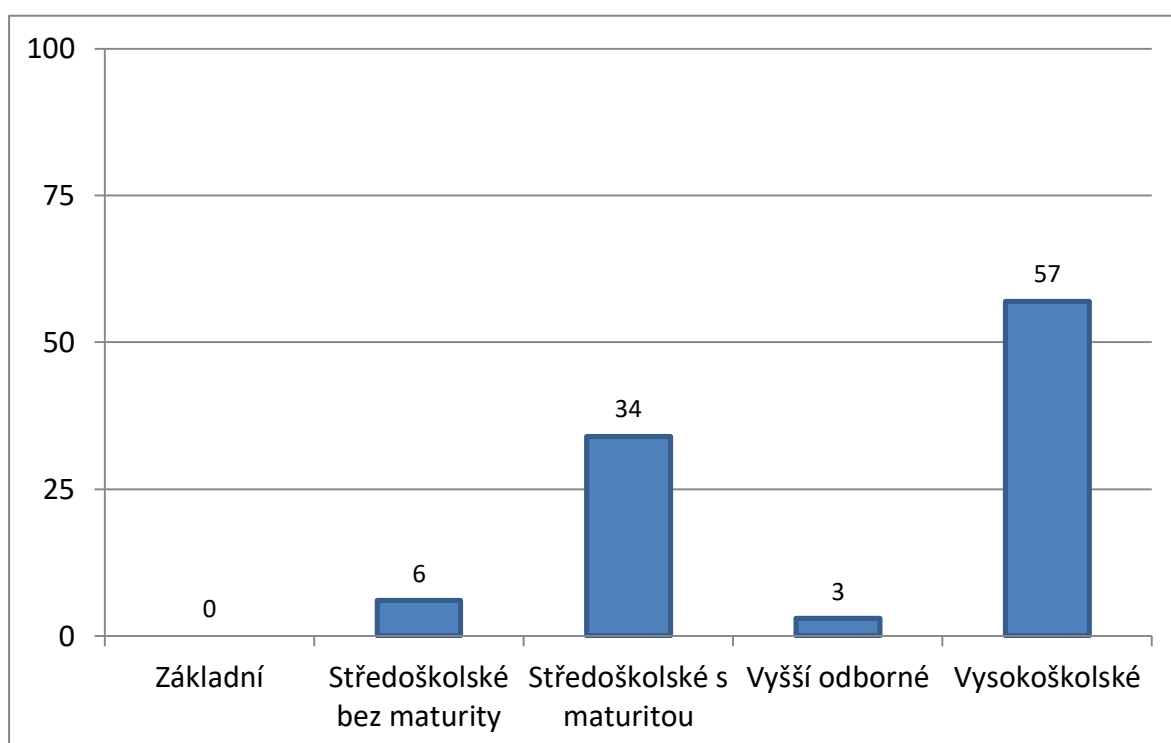
Z tabulky vyplývá, že nejvíce respondentek, tj. 35 % zastupuje skupina žen v rozmezí mezi 31-35 roky. Další početnou skupinou jsou ženy mezi 26-30 roky, těchto žen je celkem 38 (32 %). Ženy pod 25 let tvoří 12 % respondentek, žádná rodička nezastupuje kategorii 18 let a méně. Celkem 18 % z dotazovaných tvoří ženy ve věku nad 36 let, 4 ženám (3 %) je více než 40 let.

Otázka č. 2 – Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Tabulka 2

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Základní	0	0
Středoškolské bez maturity	7	6
Středoškolské s maturitou	40	34
Vyšší odborné	4	3
Vysokoškolské	67	57
Celkem respondentek	118	100

Graf 2



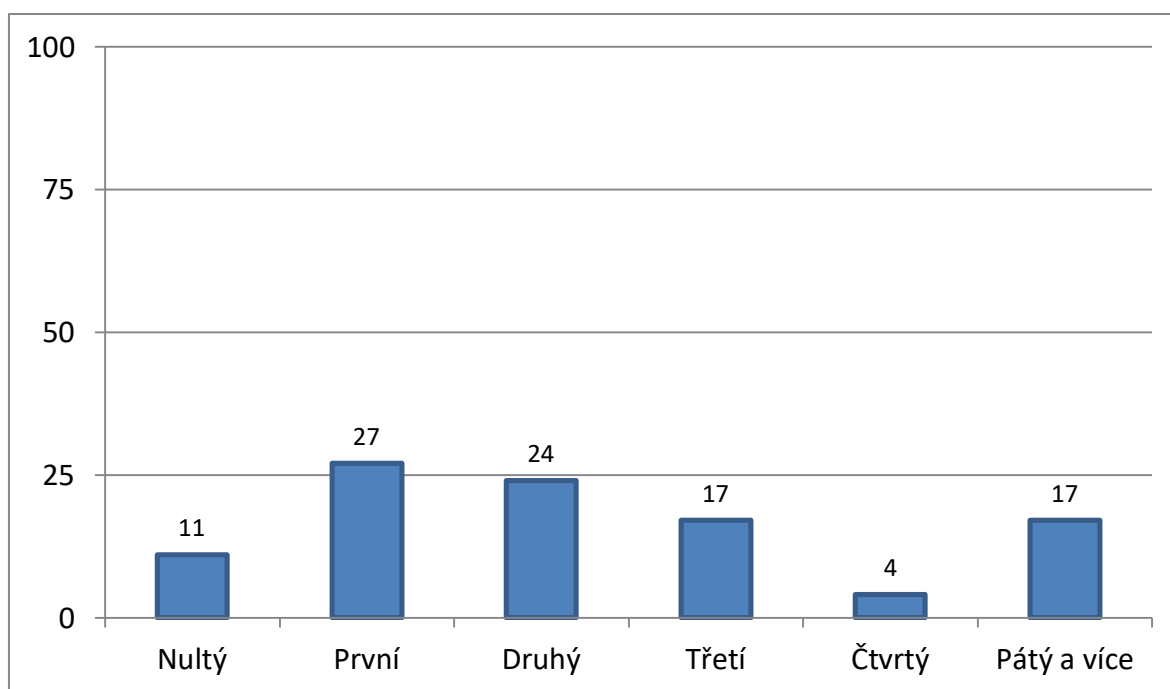
Celkem 57 % dotazovaných tvoří vysokoškolsky vzdělané ženy. Druhou početnou skupinou jsou ženy, které vystudovaly střední školu zakončenou maturitou. Tyto ženy tvoří 34 % respondentek. Středního vzdělání bez maturity dosáhlo 7 žen (6 %) z celkového počtu 118. Vyšší odborné vzdělání uvedly celkem 4 ženy (3 %), žádná z respondentek nezastupuje ženy se základním vzděláním.

Otázka č. 3 – Kolikátý den jste po porodu?

Tabulka 3

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Nultý	13	11
První	32	27
Druhý	28	24
Třetí	20	17
Čtvrtý	5	4
Pátý a více	20	17
Celkem respondentek	118	100

Graf 3



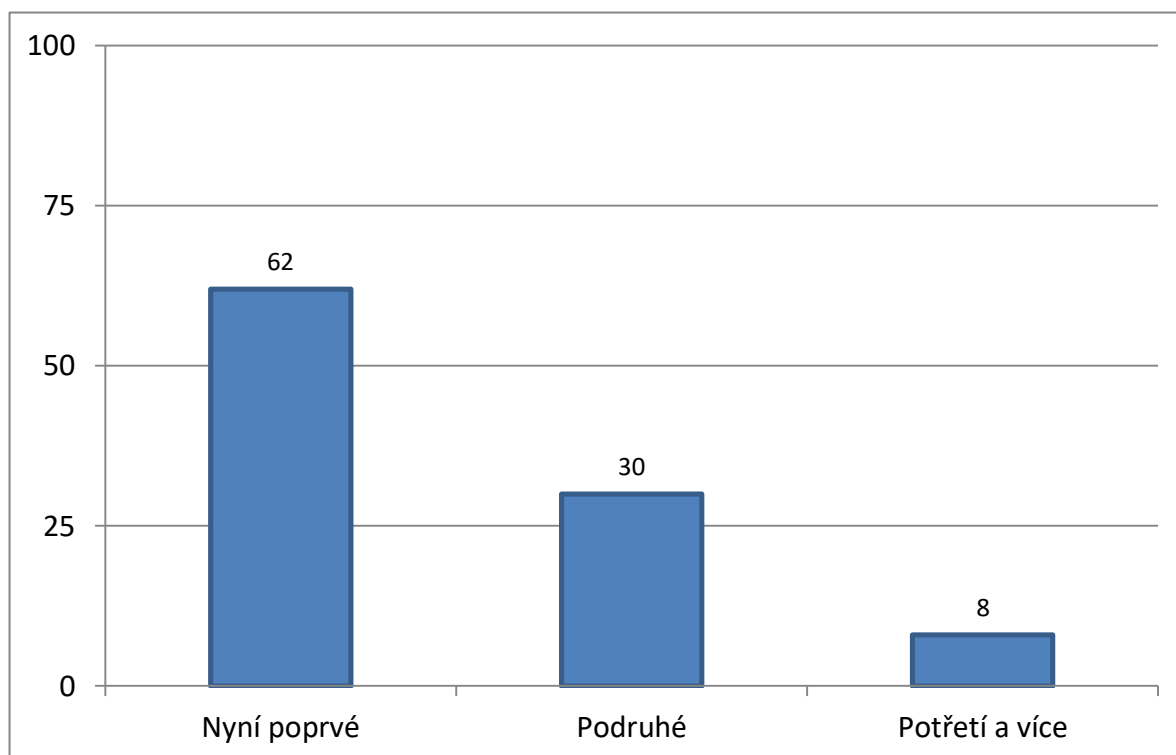
Nejvíce rodiček vyplnilo dotazník první den po porodu, celkem 27 %. Druhý den zvolilo 24 % respondentek. Třetí den po porodu bylo 20 žen (17 %), stejně tak pátý den. Rodiček, které vyplnily dotazník v den porodu, bylo 11 %. Nejméně respondentek bylo čtvrtý den po porodu (4 %).

Otázka č. 4 – Celkem jste rodila? (vaginálně)

Tabulka 4

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Nyní poprvé	73	62
Podruhé	35	30
Potřetí a více	10	8
Celkem	118	100

Graf 4



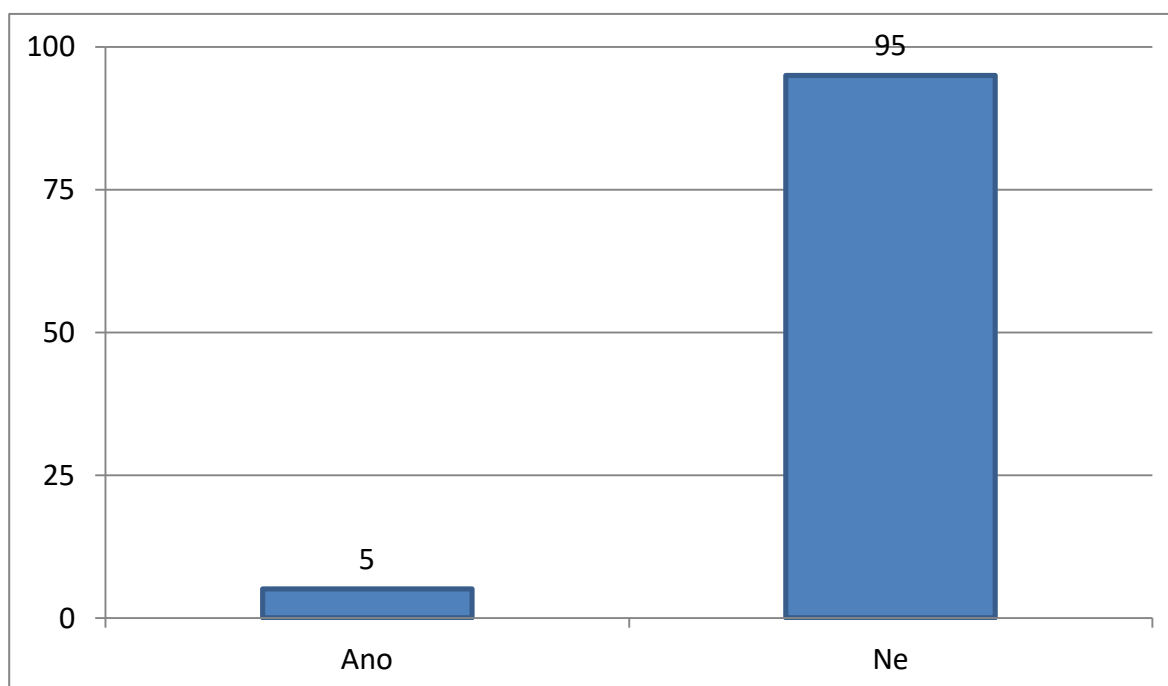
Nejpočetnější skupinou jsou primipary, tvoří celkem 62 % dotazovaných žen. Do této skupiny řadím i sekundipary, u kterých nebyl předchozí porod veden per vias naturales. Těchto žen je celkem 5. Sekundipary zastupuje 30 % žen. Potřetí rodilo 8 % dotazovaných. Jedna respondentka je quartipara a jedna rodila poosmé.

Otázka č. 5 – Rodila jste v minulosti císařským řezem?

Tabulka 5

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	6	5
Ne	112	95
Celkem respondentek	118	100

Graf 5



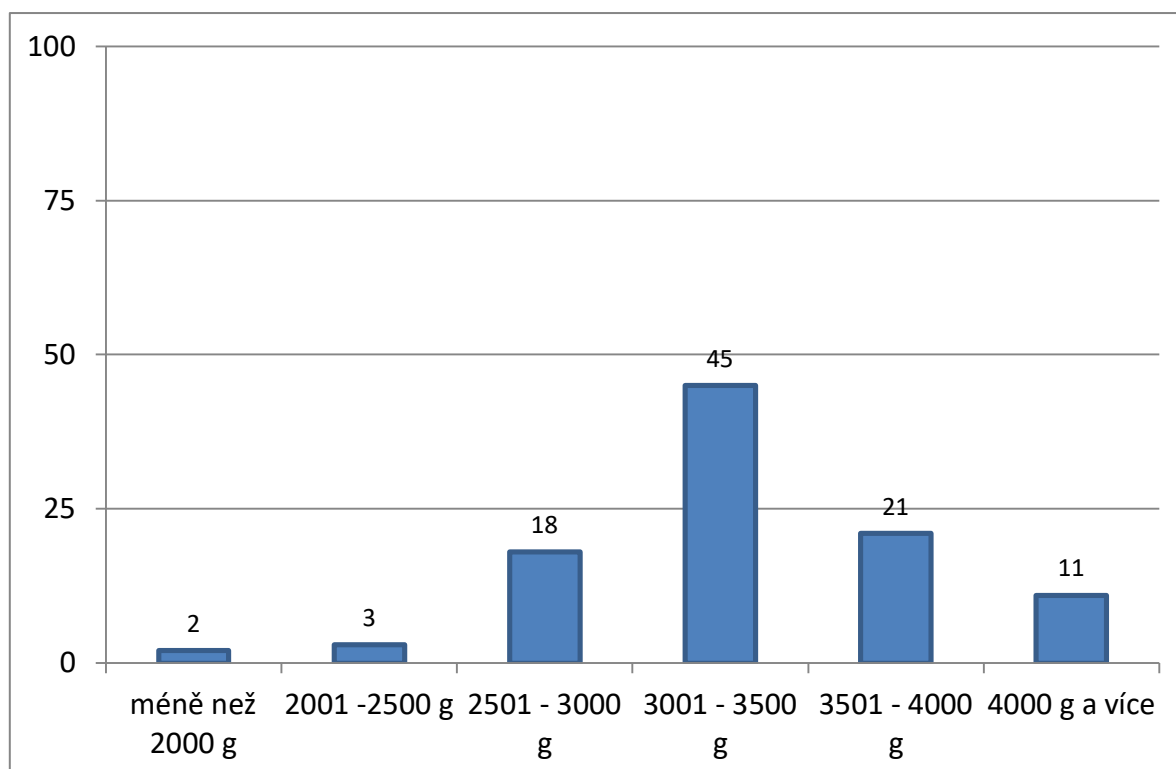
Z celkového počtu 118 rodilo pouze 6 žen v minulosti císařským řezem (5 %). Většina žen (95 %) sectio caesarea v anamnéze neuvádí.

Otázka č. 6 – Jaká byla porodní váha Vašeho miminka? (nyní)

Tabulka 6

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Méně než 2000 g	2	2
2001 -2500 g	3	3
2501 - 3000 g	22	18
3001 - 3500 g	53	45
3501 - 4000 g	25	21
4000 g a více	13	11
Celkem respondentek	118	100

Graf 6



Nejčastější porodní váha je v rozmezí 3001 – 3500 gramů, tuto porodní hmotnost uvádí 45 % respondentek. Novorozenci 25 žen (21 %) vážili mezi 3501 – 4000 gramy. O něco méně žen uvádí porodní váhu mezi 2501 – 3000 gramy (18 %). Více než 4 kilogramy vážili novorozenci u 13 rodiček (11 %). U 5 % žen vážili novorozenci méně než 2500 gramů.

7. 1 Shrnutí vzorku respondentek

Výzkumný vzorek tvoří převážně ženy ve věku mezi 31-40 lety, téměř 53 % žen. Celkem 57 % respondentek tvoří vysokoškolsky vzdělané ženy. Nejvíce žen vyplnilo dotazník první a druhý den po porodu (51 % respondentek). Nejpočetnější skupinou jsou primipary a tvoří 62 % respondentek. Většina žen (95 %) nikdy nerodila císařským řezem. Nejčastější porodní váha novorozence je mezi 3001 – 3500 gramy, tuto hmotnost uvádí 45 % respondentek.

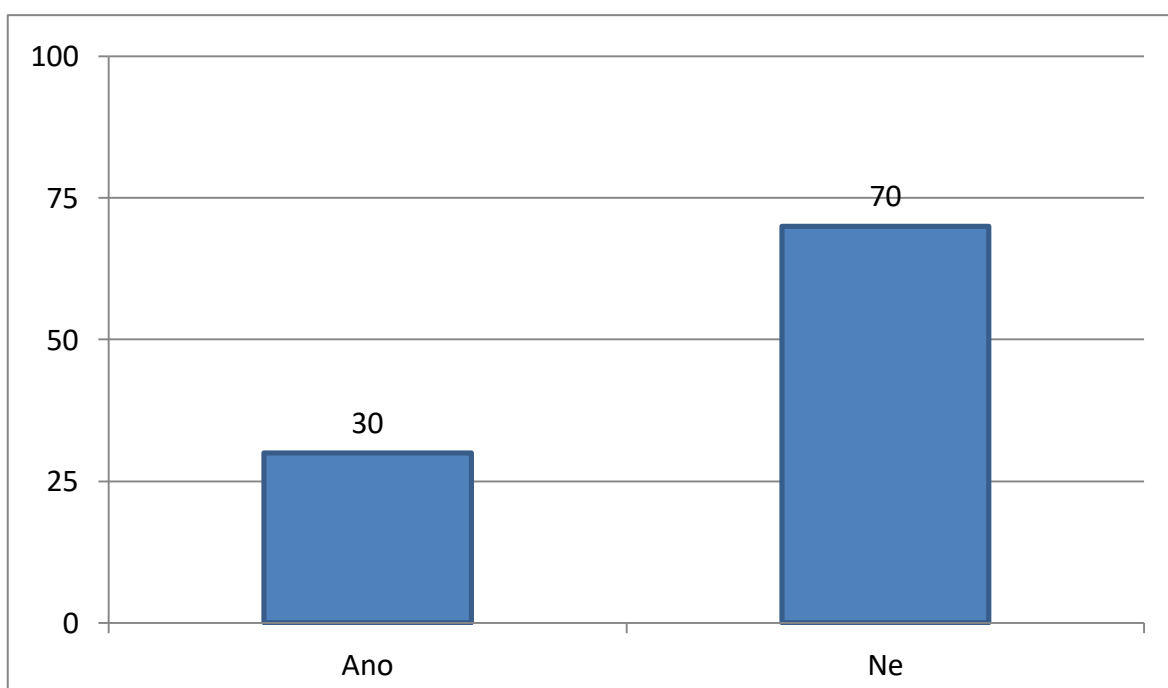
8 Vyhodnocení výsledků výzkumu

Otázka č. 7 – Připravovala jste nějakým způsobem hráz k porodu?

Tabulka 7

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	35	30
Ne	83	70
Celkem	118	100

Graf 7



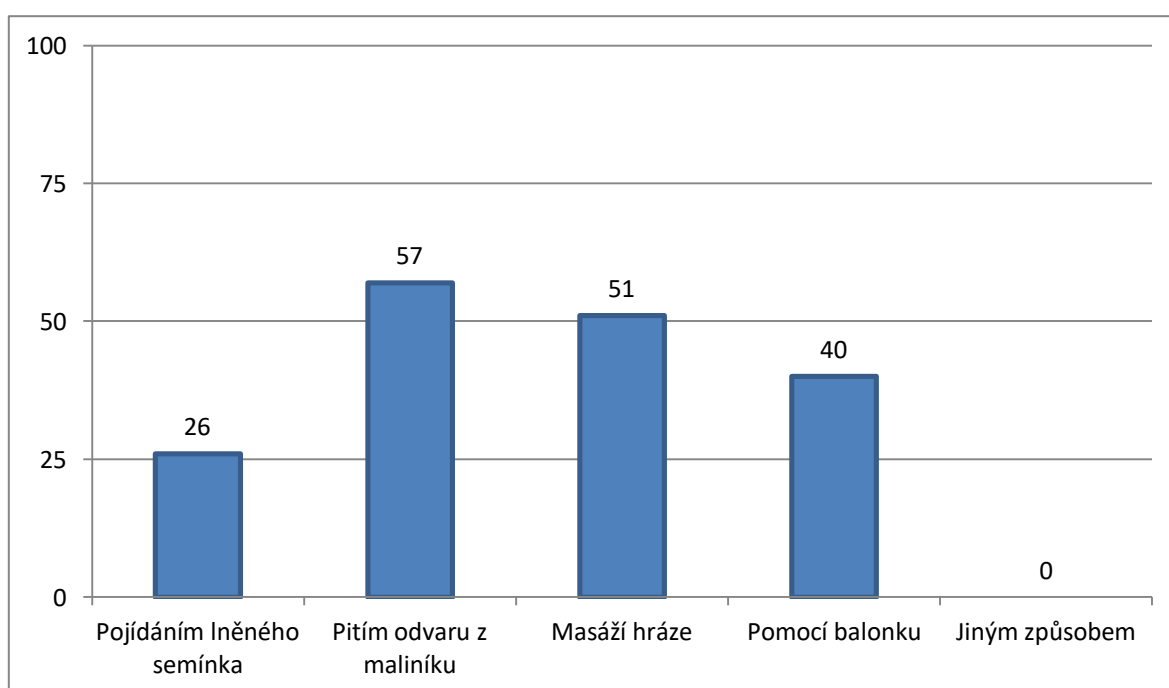
Tato otázka zjišťuje, zda ženy nějakým způsobem připravovaly hráz k porodu či nikoliv. Celkem 70 % (83) žen hráz k porodu žádným způsobem nepřipravovalo. Zbýlých 30 % zvolilo ano, jako odpověď na tuto otázku.

Otázka č. 8 – Jakým způsobem jste hráz k porodu připravovala?

Tabulka 8

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Pojídáním lněného semínka	9	26
Pitím odvaru z maliníku	20	57
Masáží hráze	18	51
Pomocí balonku	14	40
Jiným způsobem	0	0
Celkem respondentek	35	100

Graf 8



Na otázku č. 8-10 odpovídaly jen ženy, které nějakým způsobem připravovaly hráz k porodu.

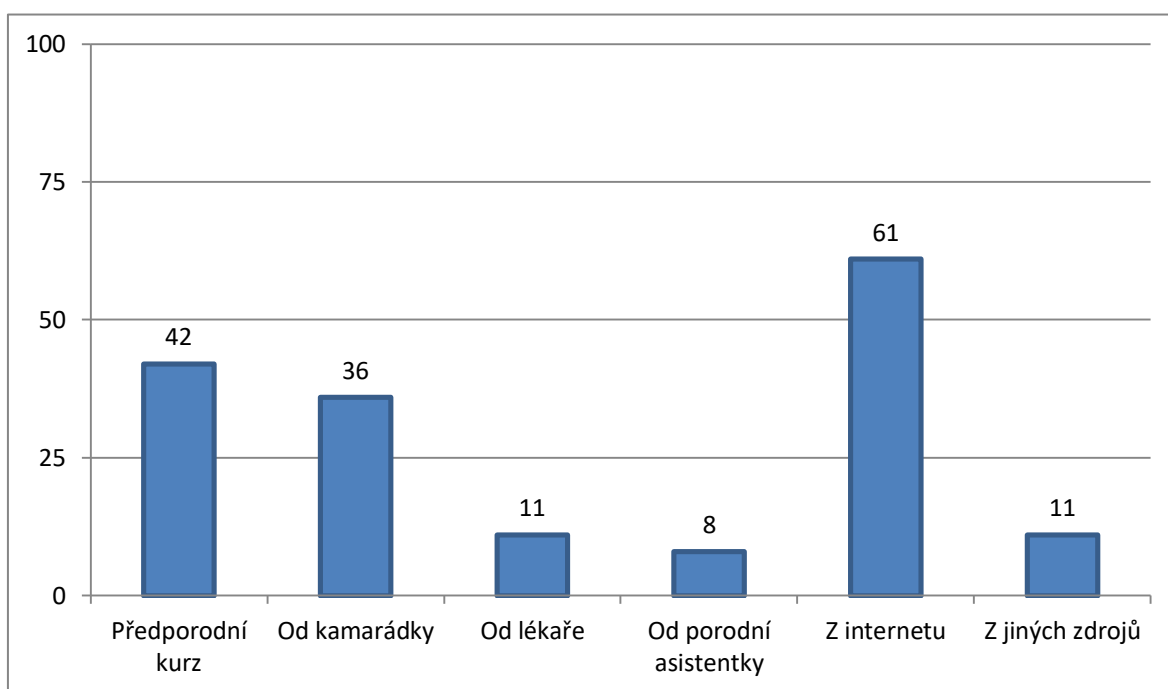
V této otázce mohly respondentky volit jednu nebo více odpovědí. Z celkového počtu 35 žen, které hráz k porodu připravovaly, zvolilo 20 (57 %) žen jako preventivní metodu pití odvaru z listů maliníku. Masáž hráze provádělo 18 žen (51 %). Vaginální dilatační balonek zvolilo 40 % dotazovaných. Devět žen (26 %) pojídalo lněné semínko.

Otázka č. 9 – Kde jste získávala informace o přípravě hráže k porodu?

Tabulka 9

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Předporodní kurz	15	42
Od kamarádky	13	36
Od lékaře	4	11
Od porodní asistentky	3	8
Z internetu	22	61
Z jiných zdrojů	4	11
Celkem respondentek	35	100

Graf 9



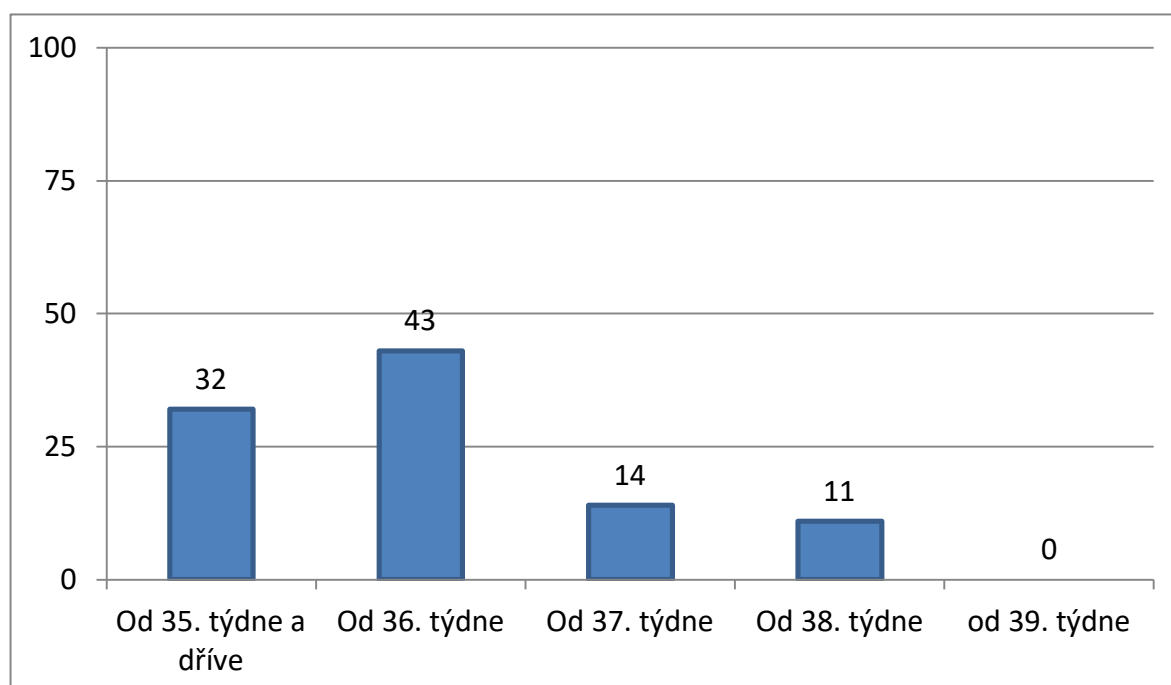
Tato otázka je koncipovaná jako polytomická s možností výběru jedné nebo více odpovědí. Ženy, které prováděly přípravu hráže k porodu, získávaly nejčastěji informace z internetu (61 %). Předporodní kurz byl zdrojem informací pro 42 % žen. Od kamarádky se o způsobech přípravy hráže k porodu dozvědělo 13 žen (36 %). Čtyři ženy (11 %) informoval lékař a tři ženy (8 %) porodní asistentka. Čtyři ženy (11 %) zvolily možnost „jiná odpověď“, uvádějí zde např.: knihu od Ingeborg Stadelmann – Zdravé těhotenství a přirozený porod; nebo přechozí zkušenost s některou z preventivních metod.

Otázka č. 10 – Od jakého týdne jste hráz k porodu připravovala?

Tabulka 10

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Od 35. týdne a dříve	11	32
Od 36. týdne	15	43
Od 37. týdne	5	14
Od 38. týdne	4	11
Od 39. týdne	0	0
Celkem respondentek	35	100

Graf 10



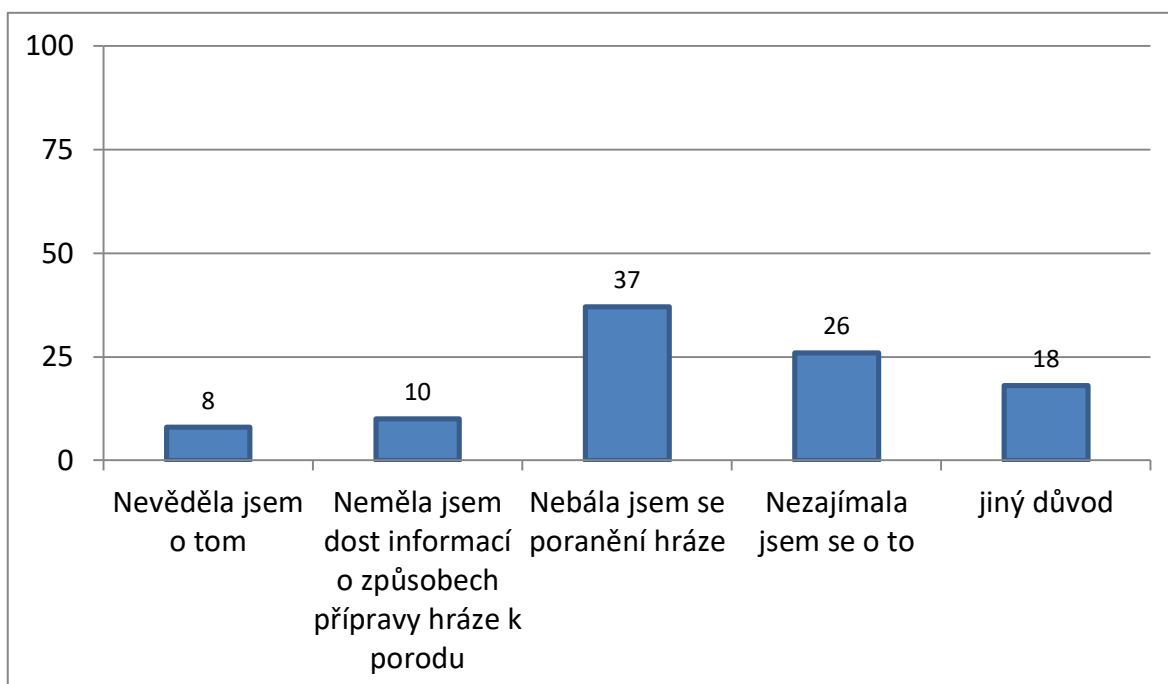
Nejvíce žen (43 %) provádělo přípravu hráže od 36. týdne těhotenství. Od 35. týdne a dříve připravovalo hráz k porodu 11 žen (32 %). Pět žen (14 %) začalo s přípravou ve 37. tt a čtyři v 38. týdnu těhotenství. Žádná žena nezvolila poslední odpověď od 39. týdne těhotenství.

Otázka č. 11 – Pokud jste hráz k porodu nepřipravovala, uveďte důvod.

Tabulka 11

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Nevěděla jsem o tom	7	8
Neměla jsem dost informací o způsobech přípravy hráze k porodu	8	10
Nebála jsem se poranění hráze	31	37
Nezajímala jsem se o to	22	26
Jiný důvod	15	18
Celkem respondentek	83	100

Graf 11



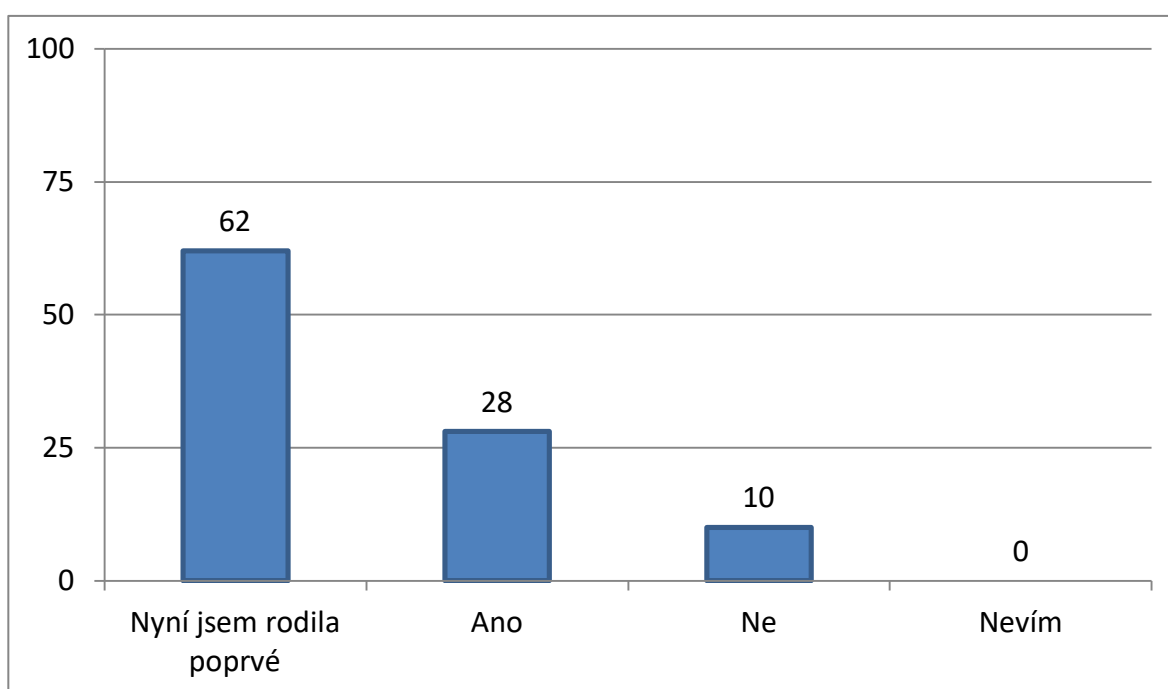
Na tuto otázku odpovídaly rodičky, které hráz k porodu žádným způsobem nepřipravovaly. Mezi nejčastější důvod patří, že se neobávaly poranění hráze (37 %). V 26 % udávají, že se o přípravu hráze nezajímaly. Osm žen (10 %) nemělo dostatek informací o způsobech přípravy hráze k porodu a sedm žen (8 %) o těchto metodách nemělo žádné povědomí. Mezi jiné důvody, které uvedlo celkem 18 % žen, patří např.: nedůvěra v efektivitu přípravných metod (7 žen), nedoporučení lékařem (1 žena) nebo multiparita (1 žena). Třem ženám hrozil předčasný porod a čtyři ženy porodily předčasně.

Otázka č. 12 – Prodělala jste v minulosti porodní poranění?

Tabulka 12

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Nyní jsem rodila poprvé	73	62
Ano, uveďte jaké:	33	28
Ne	12	10
Nevím	0	0
Celkem respondentek	118	100

Graf 12



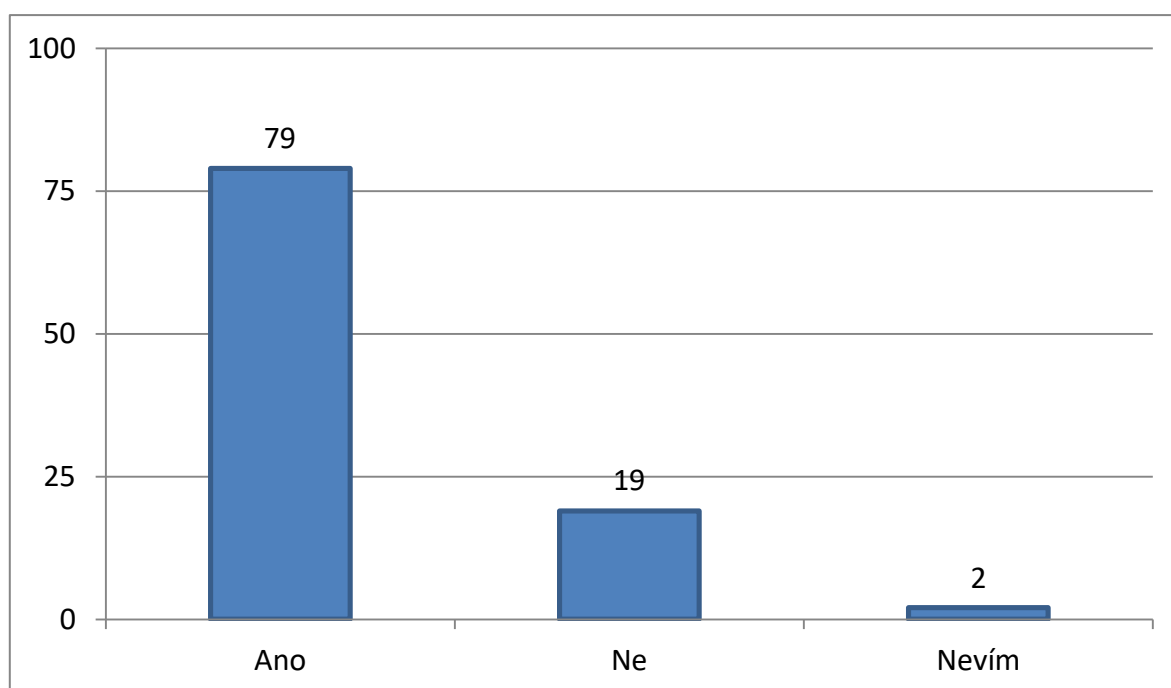
Tato otázka zjišťuje, zda ženy v minulosti prodělaly porodní poranění, případně jaké. Nejvíce dotazovaných žen je primipar (62 %). Dotazovaných, které v minulosti porodní poranění prodělaly, bylo celkem 33. Mezi nejčastější poranění patří mezi těmito ženami epiziotomie (27), občas ve spojení s jiným poraněním (ruptura perinei či ruptura cervicis), samostatnou rupturu udává šest žen. Žen, které v minulosti porodily sine vulnere je 12. Všechny ženy byly ohledně porodních poranění informované.

Otázka č. 13 – Vzniklo u Vás poranění při současném porodu?

Tabulka 13

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	93	79
Ne	23	19
Nevím	2	2
Celkem respondentek	118	100

Graf 13



Otázka č. 13 zjišťuje, zda u žen, které nyní rodily, vzniklo porodní poranění. Z 118 žen prodělalo porodní poranění 93 rodiček (79 %). Bez poranění porodilo 19 % žen a dvě ženy (2 %) nevědí, zda mají nějaké porodní poranění či nikoliv. Vzhledem k povaze pracoviště, na kterém jsem výzkum prováděla (perinatologické centrum), se daly tyto výsledky očekávat.

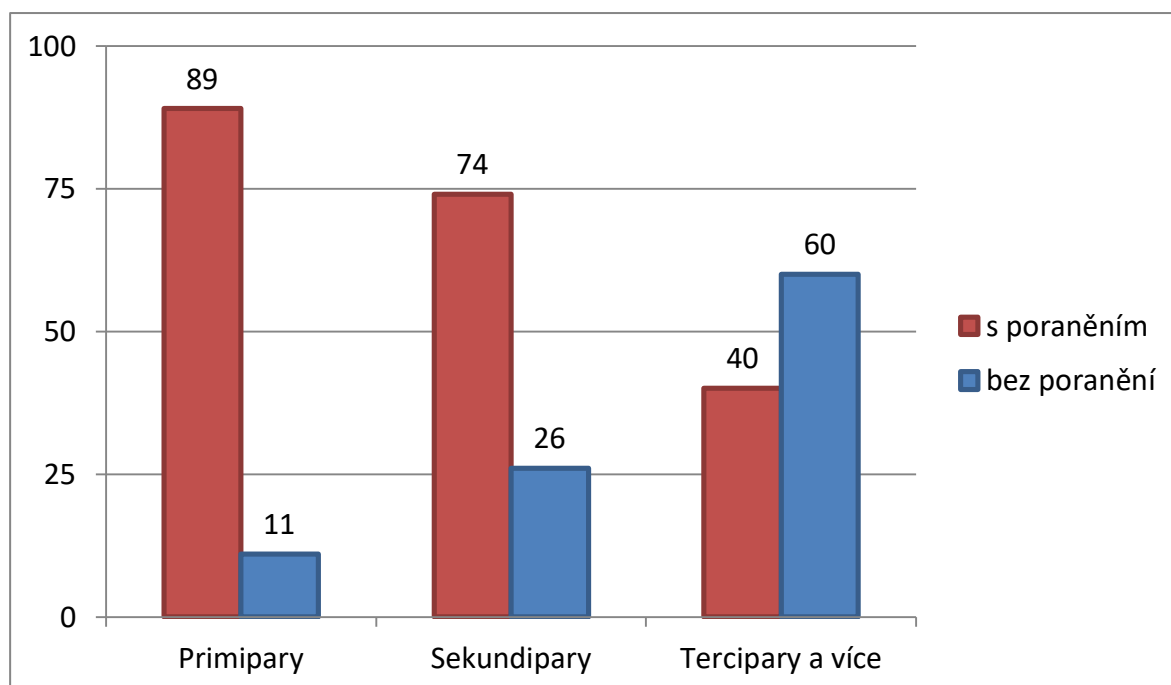
V následujících grafech a tabulkách porovnávám incidenci porodních poranění dle některých faktorů, které mohou dle mého názoru ovlivnit vznik poranění. Z těchto grafů jsem vyřadila dvě ženy, které nevěděly, zda prodělaly porodní poranění.

dle parity

Tabulka 14

	S poraněním		Bez poranění	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Primipary	63	89	8	11
Sekundipary	26	74	9	26
Tercipary a více	4	40	6	60
	Absolutní četnost (n)		Relativní četnost (%)	
Celkem respondentek	116		100	

Graf 14



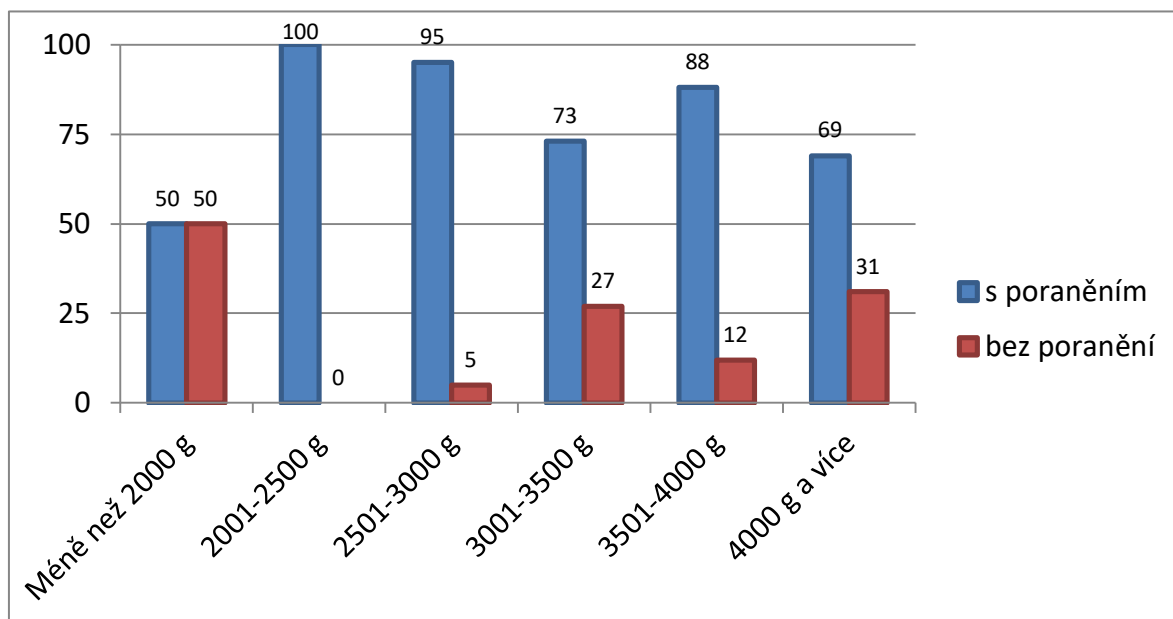
Největší zastoupení v mém výzkumu mají primipary, celkem 71 žen. Z těchto žen prodělalo porodní poranění 63 rodiček (88 %) a jen 8 (11 %) primipar žádné poranění neprodělalo. Sekundipary zastupuje 35 žen, 26 (74 %) z těchto žen prodělalo porodní poranění a 9 žen (26 %) porodilo bez poranění. Rodiček, které rodily potřetí a více je deset. Čtyři multipary (40%) porodní poranění prodělaly a šest žen (60 %) nikoliv. Z tohoto zjištění lze vyvodit, že se zvyšující se paritou klesá riziko vzniku poranění hráze.

dle váhy novorozence

Tabulka 15

	S poraněním		Bez poranění	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Méně než 2000 g	1	50	1	50
2001-2500 g	3	100	0	0
2501-3000 g	20	95	1	5
3001-3500 g	38	73	14	27
3501-4000 g	22	88	3	12
4000 g a více	9	69	4	31
Celkem	93	80	23	20
	Absolutní četnost (n)		Relativní četnost (%)	
Celkem respondentek	116		100	

Graf 15



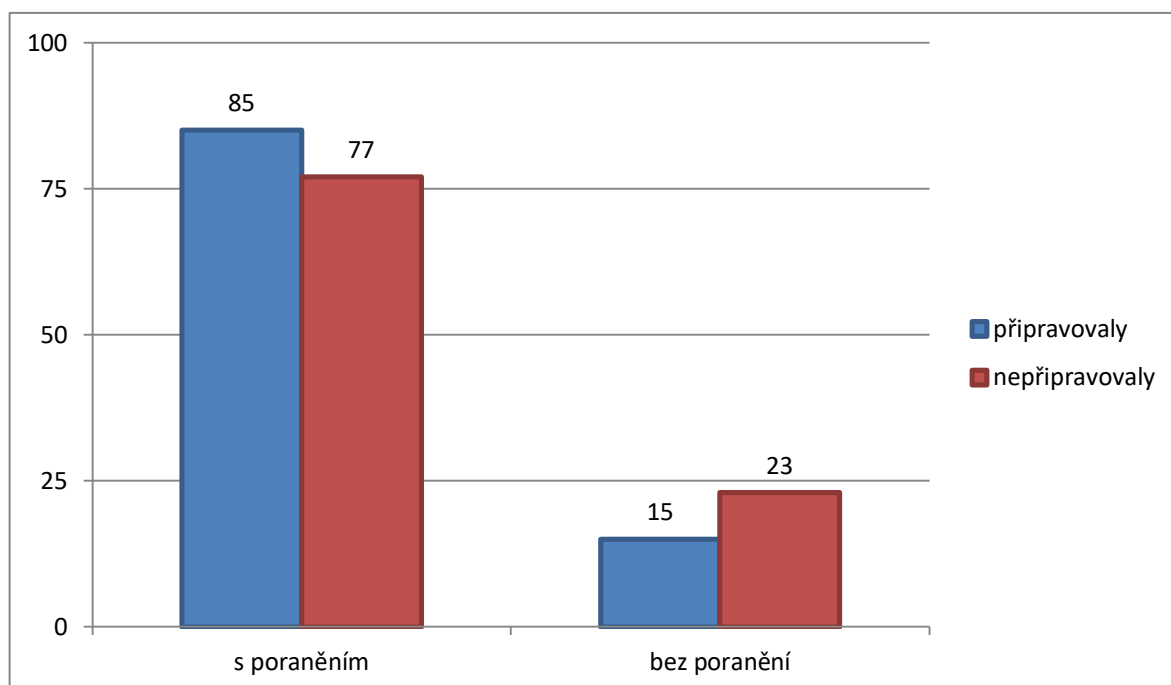
V této tabulce a grafu zjišťuji četnost porodních poranění dle váhy novorozence. Zjištěné údaje však nejsou pro výzkum nijak průkazné - se snižující se váhou novorozence nelze prokázat snížení četnosti porodních poranění. Jak jsem již uvedla v teoretické části práce, epiziotomie se často provádí v případě předčasného porodu, při nutnosti urychlení průchodu plodu porodními cestami (nejčastěji z důvodu patologického CTG) nebo při operačních porodech.

vliv přípravy hráze k porodu

Tabulka 16

	Připravovaly		Nepřipravovaly	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
S poraněním	29	85	63	77
Bez poranění	5	15	19	23
Celkem	34	100	82	100
	Absolutní četnost (n)		Relativní četnost (%)	
Celkem respondentek	116		100	

Graf 16



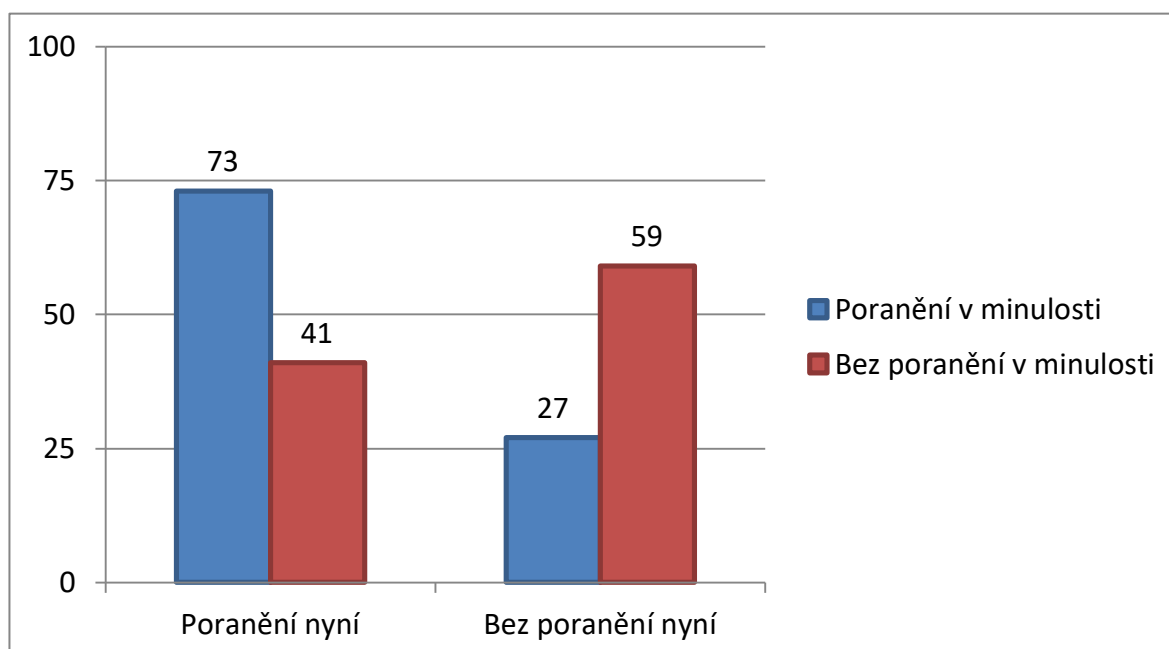
Zde zkoumám, zda má příprava hráze k porodu vliv na vznik porodního poranění. Z počtu 34 žen, které hráz k porodu připravovaly, prodělalo 29 žen (85 %) porodní poranění. Pět rodiček (15 %) porodilo sine vulnere. Ve skupině 82 žen, které hráz k porodu nepřipravovaly, prodělalo 77 % žen (63) porodní poranění a 23 % (19) matek porodilo bez poranění. Vliv přípravy hráze tedy nebyl mezi respondentkami nijak prokázán. Mohu zde však jen polemizovat, zda ženy správně praktikovaly techniky přípravy hráze k porodu. Zároveň bylo pití odvaru z listů maliníku mezi rodičkami nejvíce používanou metodou přípravy hráze. Tuto metodu popisuje také výzkum z roku 2016 a uvádí, že tato technika není zcela spolehlivá a její účinky lze sledovat pouze, pokud žena využívala současně i jiné metody prevence (Bohatá, 2016).

vliv předchozích poranění hráze

Tabulka 17

	Poranění v minulosti		Bez poranění v minulosti	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Poranění nyní	24	73	5	41
Bez poranění nyní	9	27	7	59
Celkem	33	100	12	100
	Absolutní četnost (n)		Relativní četnost (%)	
Celkem respondentek	45		100	

Graf 17



V této tabulce a grafu zjišťuji, zda u žen, které prodělaly porodní poranění při minulém porodu, vzniklo poranění při porodu současném. Do této skupiny jsem tedy zařadila pouze multipary, těchto žen je 45. Žen, které v minulosti prodělaly porodní poranění je celkem 33, z těchto žen porodilo 24 žen (73 %) s poraněním a jen 9 žen (27 %) bez poranění.

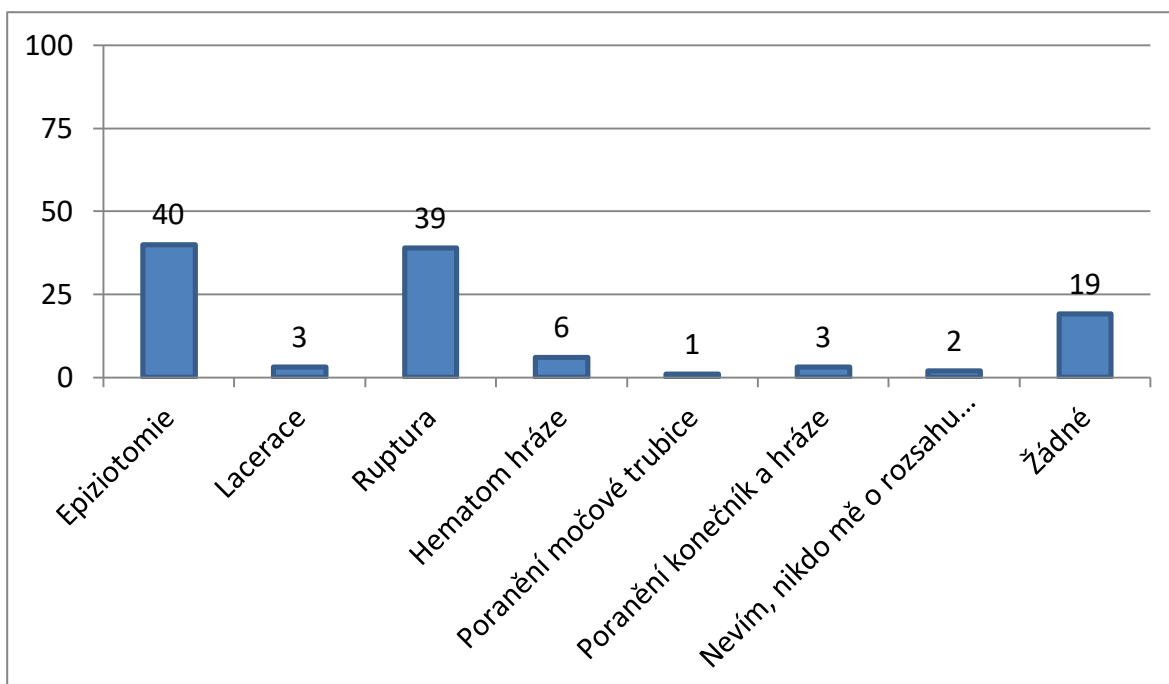
U rodiček, které v minulosti prodělaly epiziotomii (27 žen) vzniklo poranění v 74 % (20 žen), šest žen (26 %) porodní poranění neprodělalo. Z šesti žen, u kterých při minulém porodu vznikla ruptura hráze, prodělaly čtyři ženy (67 %) porodní poranění při současném porodu a dvě ženy (33 %) porodily bez poranění. Ve skupině dvanácti žen, které porodily v minulosti sine vulnere porodilo 5 žen (41 %) s poraněním a 7 rodiček (59 %) bez poranění. Výsledky z tohoto malého vzorku žen však nelze pokládat za průkazné.

Otázka č. 14 – Jaké porodní poranění jste prodělala?

Tabulka 18

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Epiziotomie	47	40
Lacerace	3	3
Ruptura	46	39
Hematom hráze	7	6
Poranění močové trubice	1	1
Poranění konečníku a hráze	4	3
Nevím, nikdo mě o rozsahu poranění neinformoval	2	2
Žádné	23	19
Celkem respondentek	118	100

Graf 18



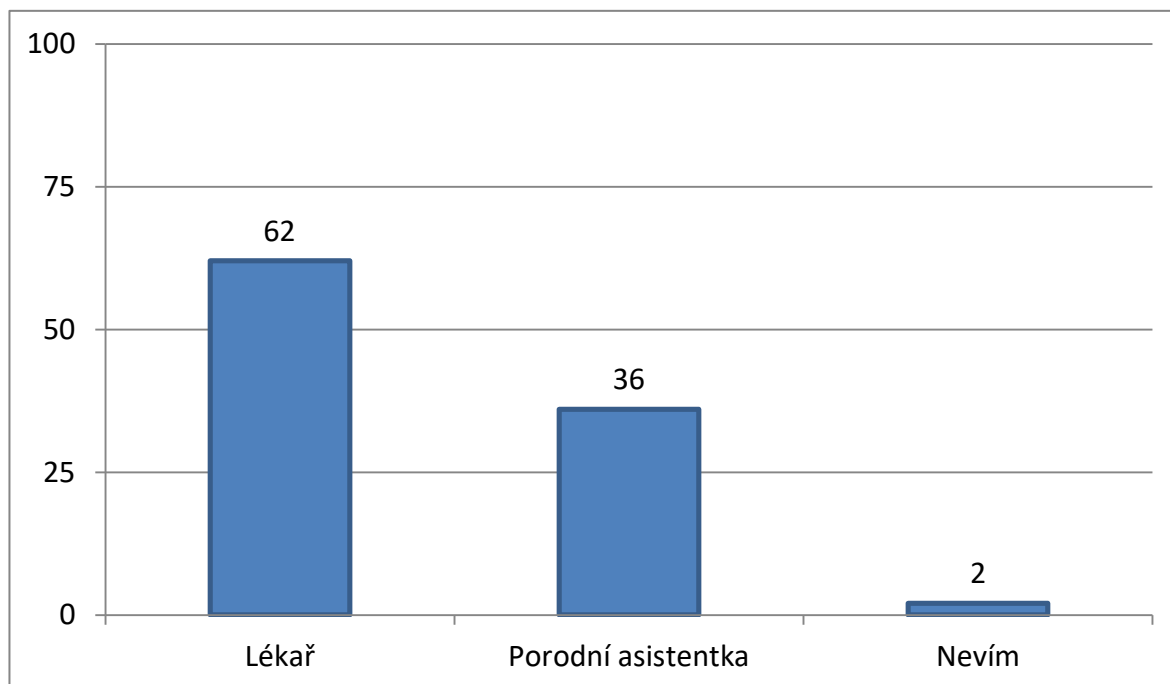
V této otázce mohly ženy vybírat více možných odpovědí. Nejvíce rodiček prodělalo při současném porodu epiziotomii (40%) a rupturu hráze (39 %). Jedna z rodiček, které prodělaly epiziotomii udává poranění kostrče. Další početnou skupinou jsou ženy, které žádné porodní poranění neprodělaly (19 %). U sedmi žen (6 %) se vyskytl hematom hráze. Čtyři dotazované (3 %) prodělaly poranění konečníku a hráze. Tři ženy (3 %) udávají pouze laceraci a jedna rodička poranění v oblasti močové trubice. Dvě respondentky (2 %) nebyly informovány o rozsahu porodního poranění.

7.15 Otázka č. 15 – Rodil Vás lékař nebo porodní asistentka?

Tabulka 19

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Lékař	73	62
Porodní asistentka	43	36
Nevím	2	2
Celkem respondentek	118	100

Graf 19



V této otázce zjišťuji, zda porod vedl lékař či porodní asistentka. V 62 % rodičky udávají, že jejich porod vedl lékař. Porodní asistentka vedla porod 43 ženám (36 %). Dvě ženy odpověděly, že nevědí, zda je rodil lékař či porodní asistentka.

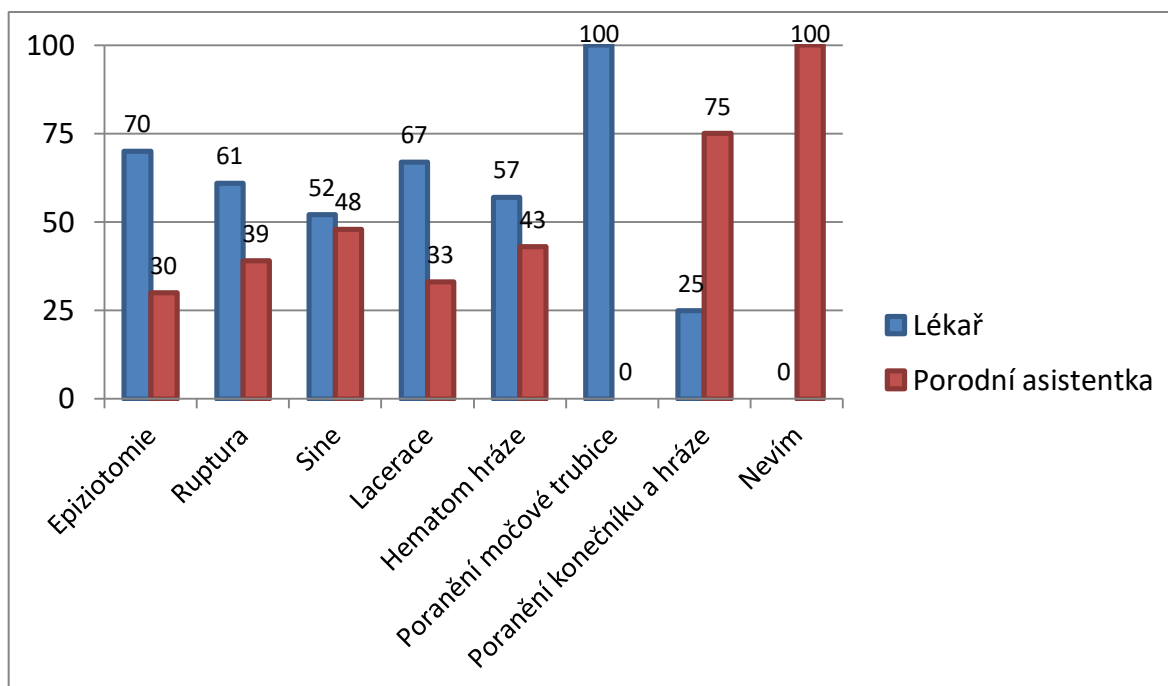
V následujícím grafu porovnávám frekvenci porodních poranění u porodů vedených lékařem ve srovnání s porodní asistentkou.

frekvence porodních poranění u porodů vedených lékařem vs. porodní asistentkou

Tabulka 20

	Lékař		Porodní asistentka	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Epiziotomie	33	70	14	30
Ruptura	28	61	18	39
Sine	12	52	11	48
Lacerace	2	67	1	33
Hematom hráze	4	57	3	43
Poranění močové trubice	1	100	0	0
Poranění konečníku a hráze	1	25	3	75
Nevím	0	0	2	100
Celkem	73	62	43	36
	Absolutní četnost (n)		Relativní četnost (%)	
Celkem respondentek	116		100	

Graf 20



V této tabulce a grafu porovnávám četnost porodních poranění u porodů vedených lékařem a porodní asistentkou. Zjistila jsem, že epiziotomii provedl v 70 %

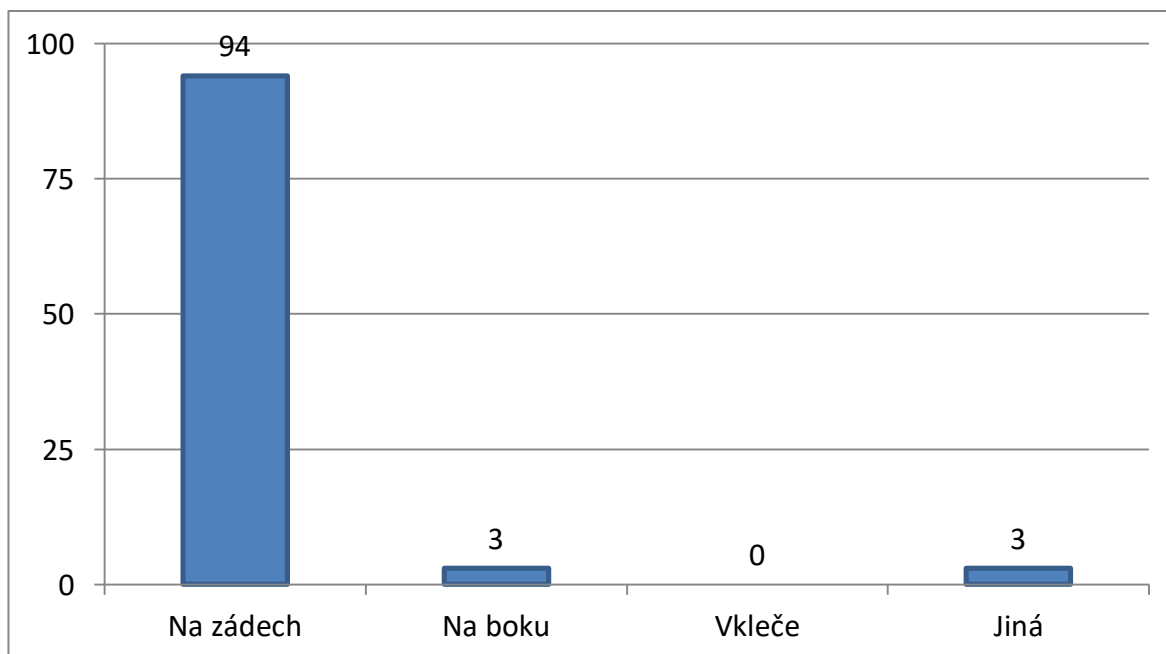
(33 žen) lékař a v 30 % (14 žen) porodní asistentka. Ruptura vznikla v 61 % (28 žen) u porodu vedeného lékařem a v 39 % (18 žen) u porodu vedeného porodní asistentkou. Lékař porodil sine vulnere 12 rodiček, porodní asistentka 11 rodiček. Lacerace vznikla u dvou porodů vedených lékařem a jednoho vedeného porodní asistentkou. Hematom hráze vznikl v podobném poměru u obou porodníků – u lékaře to jsou čtyři ženy, u porodní asistentky tři ženy. Poranění močové trubice prodělala pouze jedna žena, porod této ženy vedl lékař. Poranění konečníku a hráze prodělala pouze jedna žena, kterou rodil lékař a tři ženy, jejichž porod byl veden porodní asistentkou. Obě ženy, které nevěděly, jaké porodní poranění prodělaly, rodila porodní asistentka.

Otázka č. 16 – V jaké poloze jste rodila?

Tabulka 21

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Na zádech	112	94
Na boku	3	3
Vkleče	0	0
Jiná	3	3
Celkem respondentek	118	100

Graf 21



Nejvíce žen (94 %) rodilo na zádech. Tři ženy (3 %) rodily na boku – dvě ženy rodil lékař, jednu PA. Žádná žena nerodila vkleče. Jinou polohu zvolily tři ženy (všechny rodila PA). Mezi tyto polohy patří poloha vsedě, na bobku a na všech čtyřech.

Otázka č. 17 – Jak dlouho trval Váš porod?

Průměrná doba porodu u 116 dotazovaných je 7,5 hodiny, dvě ženy délku porodu nevěděly.

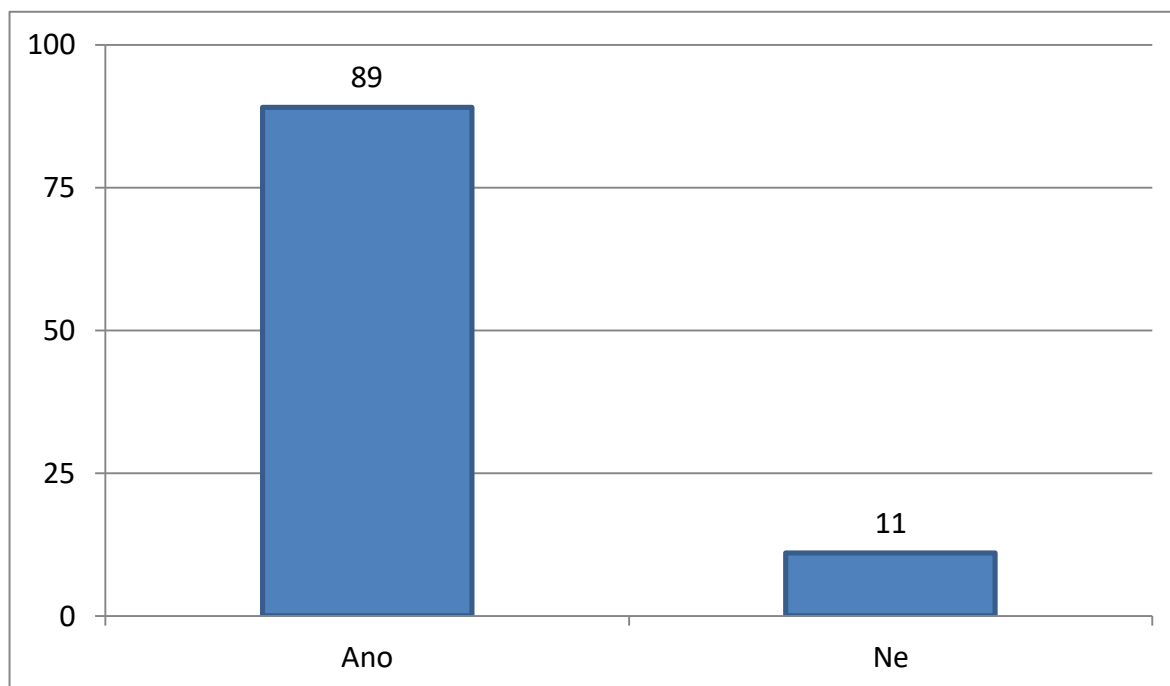
Průměrná doba porodu u 23 žen, které porodily sine vulnere je 5,6 hodin. U žen, které porodní poranění prodělaly (93 žen), činí porodní doba v průměru 8 hodin. Můžeme zde tedy pozorovat vliv délky porodní doby na vznik poranění. Avšak je nutno brát tyto informace s rezervou, protože ženy mnohdy nevědí zcela přesně trvání otevírací ani vypuzovací fáze porodu.

Otázka č. 18 – Byla jste poučena, jak pečovat o porodní poranění?

Tabulka 22

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	83	89
Ne	10	11
Celkem respondentek	93	100

Graf 22



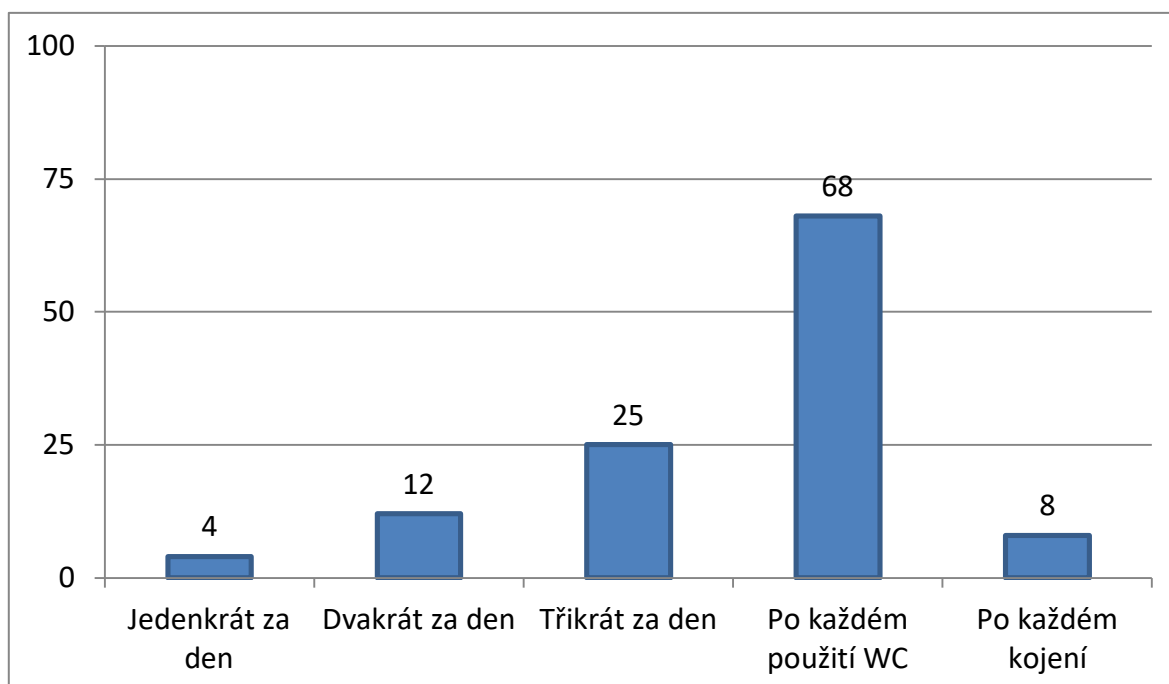
Na tuto otázku odpovídaly jen ženy, které prodělaly porodní poranění (93 žen). Celkem 89 % žen bylo poučeno v péči o porodní poranění, jedenáct procent žen poučeno nebylo.

Otázka č. 19 – Jak často sprchujete genitál? (po porodu)

Tabulka 23

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Jedenkrát za den	5	4
Dvakrát za den	14	12
Třikrát za den	29	25
Po každém použití WC	68	68
Po každém kojení	10	8
Celkem respondentek	118	100

Graf 23



Otázka č. 19 zjišťuje, jak často ženy sprchují genitál po porodu. Jak jsem uvedla v teoretické části, genitál je zpočátku vhodné sprchovat co nejčastěji, nejlépe po každém kojení. Zvláště, pokud ženy utrpěly porodní poranění.

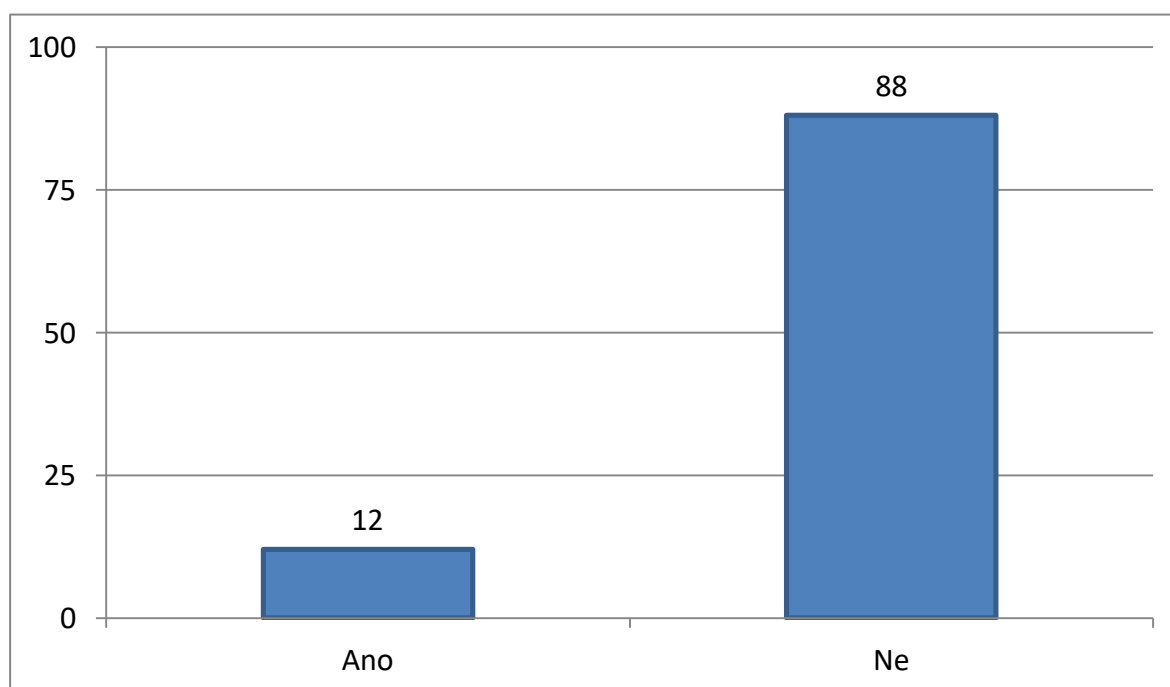
Nejčastěji (68 %) sprchují nedělký genitál po každém použití WC. Celkem 25 % dotazovaných sprchuje genitál třikrát denně a 12 %, tedy 14 žen, dvakrát denně. Po každém kojení se sprchuje jen 8 % respondentek. Pět dotazovaných (4 %) sprchuje genitál pouze jedenkrát denně.

Otázka č. 20 – Brání Vám poranění v péči o sebe samu?

Tabulka 24

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	11	12
Ne	82	88
Celkem respondentek	93	100

Graf 24



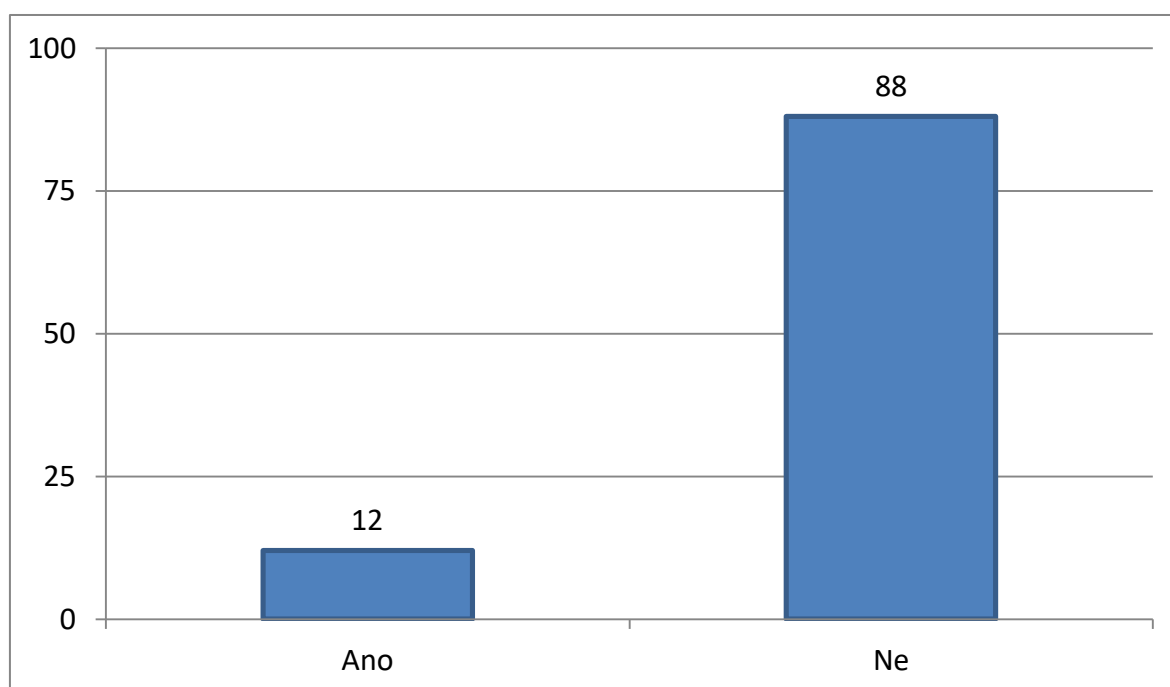
Na otázku, zda respondentkám brání porodní poranění v péči o sebe samu, odpovědělo jedenáct žen (12 %), že ano. Šesti ženám, kterým brání porodní poranění v péči o sebe samu, byla provedena epiziotomie, dvě z těchto žen utrpěly současně i rupturu hráze. Pěti ženám vznikla při porodu ruptura hráze, u dvou ruptur se vyskytl hematom hráze. Většině ženám – 88 % však porodní poranění v péči o sebe samu nebrání.

Otázka č. 21 – Brání Vám porodní poranění v péči o dítě?

Tabulka 25

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	11	12
Ne	82	88
Celkem respondentek	93	100

Graf 25



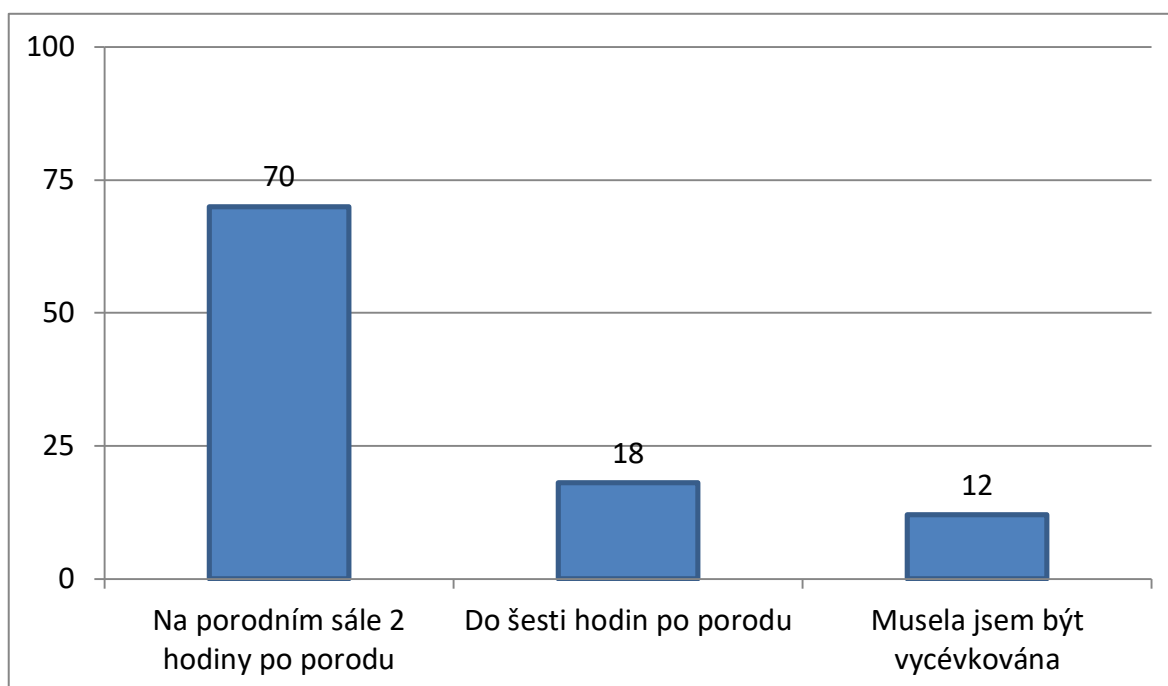
Tato otázka zjišťuje, zda ženám brání porodní poranění v péči o dítě. Výsledky této otázky jsou totožné s předchozí otázkou, proto je zde nebudu dále rozvádět.

Otázka č. 22 – Kdy jste se poprvé po porodu vymočila?

Tabulka 26

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Na porodním sále 2 hodiny po porodu	83	70
Do šesti hodin po porodu	21	18
Musela jsem být vycévkována	14	12
Celkem respondentek	118	100

Graf 26



Otázka č. 22 zjišťuje, kdy se ženy poprvé po porodu vymočily. Nejvíce žen (70 %) se poprvé vymočilo již na porodním sále do dvou hodin po porodu, v rámci poporodního vyšetření. Do šesti hodin po porodu, tedy na oddělení šestinedělí, se vymočilo 21 (18 %) respondentek. Čtrnáct žen (12 %) muselo být po porodu vycévkováno.

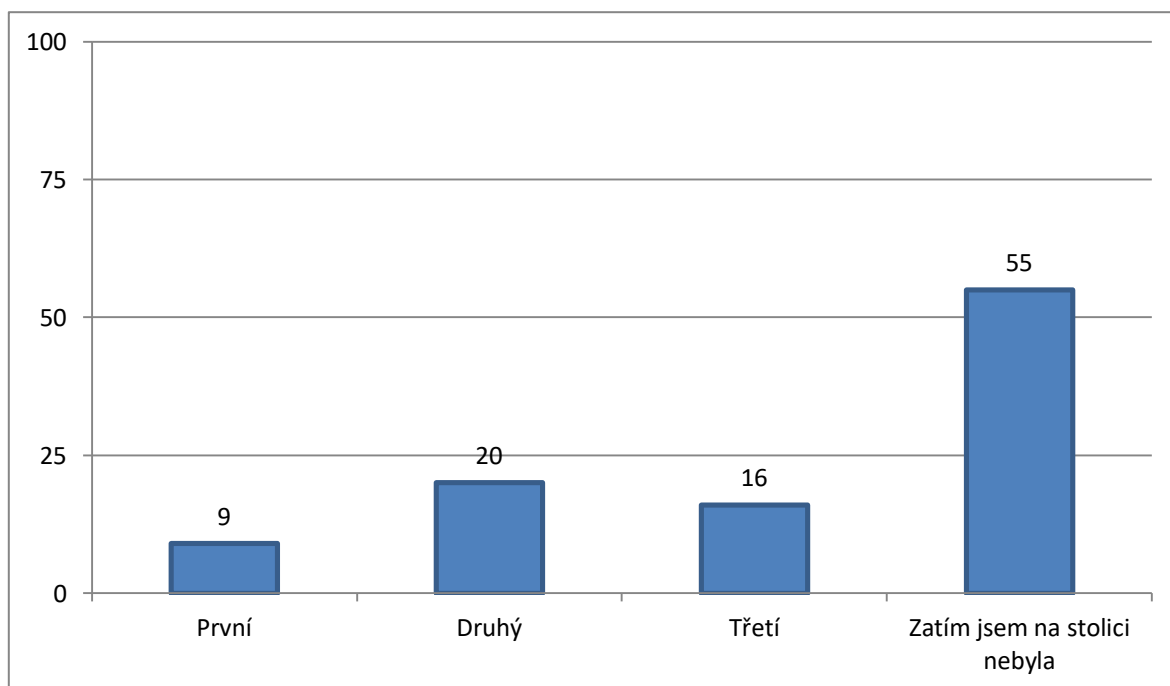
Z žen, které při porodu utrpěly nějaké poranění (93), se poprvé vymočilo do dvou hodin na porodním sále 65 žen, do šesti hodin se spontánně vymočilo 17 žen a jedenáct rodiček muselo být po porodu vycévkováno.

Otázka č. 23 – Kolikátý den po porodu jste šla na stolicí?

Tabulka 27

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
První	10	9
Druhý	24	20
Třetí	19	16
Zatím jsem na stolicí nebyla	65	55
Celkem respondentek	118	100

Graf 27



V této otázce zjišťuji, kolikátý den po porodu si nedělký došly na stolicí. Většina nedělek, tedy 55 %, v době vyplňování dotazníku zatím na stolicí nebylo. Dvacet procent žen bylo na stolicí druhý den po porodu. Třetí den po porodu mělo stolicí 16 % respondentek. Deset žen (9 %) bylo na stolicí hned první den po porodu.

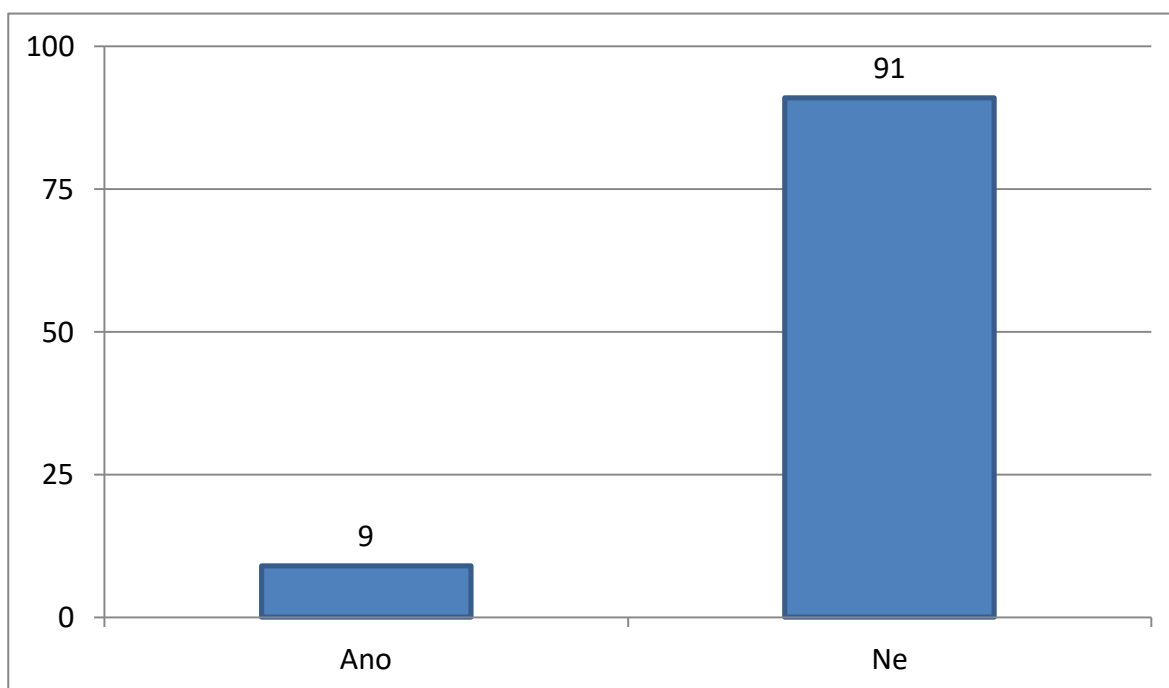
Z žen, které zatím na stolicí nebyly, je většina žen nultý a první den po porodu (41 žen). Druhý ani třetí den po porodu na stolicí nebylo celkem 22 rodiček. Čtvrtý ani pátý den nebyly na stolicí zatím dvě respondentky.

Otázka č. 24 – Bylo zapotřebí Vám se stolicí pomoci?

Tabulka 28

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	11	9
Ne	107	91
Celkem	118	100

Graf 28



V této otázce zjišťuji, zda ženám bylo zapotřebí pomoci se stolicí – např.: čípky, gelem. Z celkového počtu 118 respondentek nepotřebovalo pomoci 107 žen. Jedenáct nedělek (9 %) udává, že jim byl podán čípek. Z těchto 11 respondentek bylo sedm žen, které utrpěly nějaké poranění hráze.

9 Vyhodnocení cílů výzkumu

Cíl 1. Zjistit, jaká jsou nejčastější porodní poranění žen při vaginálním porodu.

Mezi nejčastější porodní poranění při vaginálním porodu u respondentek patří epiziotomie a ruptura hráze.

Cíl 2. Zjistit, zda hmotnost plodu nad 3500 g ovlivnila vznik porodních poranění.

Z mého výzkumu nelze vyvodit souvislost mezi porodním poraněním a hmotností plodu.

Cíl 3. Zjistit, zda má příprava hráze k porodu vliv na vznik porodního poranění.

Příprava hráze k porodu vliv na vznik porodního poranění dle většiny výzkumů (např. od Bohaté, 2016) má. Avšak v mém výzkumu tuto spojitost nelze prokázat.

Cíl 4. Zjistit informovanost rodiček o možnostech prevence porodních poranění.

Informovanost rodiček o možnostech prevence porodních poranění hráze není zcela uspokojivá. Pouze 30 % respondentek používalo nějakou z metod přípravy hráze k porodu. Nejčastěji volenou metodou bylo pití odvaru z listů maliníku, tato metoda však dle mnohých výzkumů není příliš účinná. Z důvodu nízké informovanosti žen o možnostech prevence poranění hráze jsem zvolila jako výstup bakalářské práce edukační leták, který informuje ženy o preventivních metodách.

10 Diskuze a závěr

Teoretická část práce popisuje ve stručnosti anatomii ženských porodních cest, v rozsahu, který je dle mého názoru dostatečný pro porodní asistentky. Dále zde popisují jednotlivé druhy porodních poranění a jejich ošetření. Další problematikou, kterou se zabývá teoretická část, je péče o porodní poranění v období šestinedělí. V neposlední řadě jsou zde uvedeny jednotlivé metody prevence poranění hráze – jak antenatální, tak metody prevence v průběhu porodu.

V praktické části práce bylo cílem zjistit, jaká je informovanost žen v dané problematice, jaké faktory mohou ovlivnit vznik porodních poranění, a jak ženy pociťují hojení ran v období šestinedělí. Pracovala jsem s informacemi, získanými z dotazníkového šetření na odděleních šestinedělí Gynekologicko-porodnické kliniky 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze. Všechny ženy, které se účastnily dotazníkového šetření, byly po spontánním vaginálním porodu. Informace, které jsem ve výzkumném šetření získala, jsem krátce okomentovala u každé otázky.

Z poznatků, které jsem zjistila během výzkumného šetření, bych ráda dále rozvedla následující otázky. V porovnání s výzkumem bakalářské práce Zity Kubincové z roku 2008 vzrostl počet rodiček ve věku nad 35 let. V roce 2008 tvořilo tuto skupinu 14 % žen, v mém výzkumu je tato skupina tvořena již 21 % žen. Tuto skutečnost lze odůvodnit tím, že stále více žen je vysokoškolsky vzdělaných (celkem 57 % žen v mém výzkumu). Tyto ženy po ukončení vysoké školy nastupují do práce a budují kariéru. Mnohdy pak nemají čas (ani pomyšlení) na zakládání rodiny. Je důležité však uvést, že s vzrůstajícím věkem rodiček vzrůstá nejen riziko vzniku porodních poranění, ale i jiných patologií v průběhu těhotenství (Kubincová, 2008).

V porovnání s výzkumem v bakalářské práci Ivany Bulové z roku 2012 klesl počet žen, které používaly některou z preventivních metod poranění hráze. Zatímco v roce 2012 připravovalo hráz k porodu více než 42 % respondentek, v mém výzkumu je tato skupina tvořena jen 30 % žen. Nejčastější preventivní metodou (v 57 %), kterou respondentky v mém dotazníku zvolily, bylo pití odvaru z listů maliníku, které dle mnoha výzkumů nemá zdaleka takovou účinnost, jako ostatní preventivní metody. V roce 2012 volilo nejvíce žen (39 %) také odvar z listů maliníku. Vaginální dilatační balonek volily ženy v roce 2012 pouze v 12 %, ve výzkumu mé bakalářské práce tuto metodu volilo 40 % žen. Tato čísla se mi zdají uspokojivá i přesto, že většina těchto rodiček prodělala porodní poranění. Z žen, které používaly vaginální dilatační balonek, prodělaly čtyři ženy epiziotomii, sedm žen rupturu a tři ženy porodily bez poranění. Tato problematika by však zasloužila hlubší prozkoumání. Je otázkou, jak efektivně ženy prováděly přípravu hráze k porodu a zejména, jaké důvody měl porodník k provedení epiziotomie – zda to byla výška

hráze, její tuhost, nebo ukončení porodu vakuumextrakcí či pomocí kleští. Také z otázek kladených ženám nelze přesně určit, jakého rozsahu byly ruptury, které ženy prodělaly. Masáž hráze provádělo stejné procento žen (okolo 51 % respondentek), jako v již zmíněném výzkumu z roku 2012 (Bulová, 2012).

V otázce č. 13 jsem zjišťovala, zda u žen vzniklo porodní poranění při současném porodu. Zjistila jsem, že porodní poranění prodělalo necelých 80 % respondentek, bez poranění porodilo téměř 20 % dotazovaných. Tato zjištění jsem dále rozebírala dle některých faktorů, které mohou dle mého názoru ovlivnit vznik porodních poranění. Jedním faktorem byla parita ženy – zde se mi potvrdila má domněnka, že s vzrůstající paritou ženy klesá riziko vzniku poranění hráze. Dalším faktorem byla váha novorozence, zjištěné údaje však nebyly nijak průkazné a závěr z tohoto zjištění nešlo vyvodit. Dále jsem zkoumala vliv přípravy hráze k porodu – tento rozbor jsem uvedla již výše. Poslední faktor, který jsem zkoumala, byla předchozí poranění hráze. Výsledky tohoto rozboru jsem však nepovažovala z důvodu malého vzorku žen za průkazné. Dalším faktorem, který může ovlivnit vznik porodních poranění, jsou časté vaginální záněty, které mohou působit křehnutí tkáně a její náchylnost ke vzniku poranění. Otázku vaginálních zánětů by bylo vhodné uvést rovněž do dotazníku, který byl rozdáván ženám na odděleních šestinedělí.

V otázce č. 15 jsem zkoumala, zda ženy rodil lékař nebo porodní asistentka. Tato zjištění jsem dále porovnávala s četností vzniku porodních poranění. Zjistila jsem, že epiziotomie byla v 70 % provedena lékařem a v 30 % porodní asistentkou. Toto zjištění si vysvětluji tím, že porodní asistentky nejsou kompetentní k vedení patologického porodu, tyto porody vede lékař a je tedy často nucen provést epiziotomii z již výše zmíněných důvodů.

Přestože v současné době existuje mnoho metod, které se pokládají za prevenci porodních poranění, stále se tato poranění při porodu vyskytují. Je to zejména proto, že existuje mnoho faktorů, které jejich vznik – sem patří, například, již zmíněný věk rodičky, délka hráze, elasticita kůže na hrázi, náchylnost ke gynekologickým zánětům, váha novorozence i zkušenosti porodníka či porodní asistentky. Tyto faktory nelze ovlivnit – avšak, jak uvedla Bohatá ve výzkumu z roku 2016, je lepší provádět alespoň nějakou prevenci, nežli žádnou. Ženy by měly být informovány o dostupných metodách prevence a o jejich účinnosti – ať už v rámci prenatální poradny nebo předporodních kurzů (Bohatá, 2016).

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- AASHEIM, V., et al. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. Cochrane Database of Systematic Reviews [online]. 2011, issue 12. ISSN: 1469-493X. Art. No.: CD006672. D10.1002/14651858.CD006672.pub2 [cit. 2018-03-16]. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006672.pub2/abstract;jsessionid=80BFDD66ECCD6554283643DC41507C34.f04t04>.
- ALBERS, L. a N. BORDERS. Minimizing Genital Tract Trauma and Related Pain Following Spontaneous Vaginal Birth. Journal of Midwifery & Women's Health [online]. 2007, 52(3), 246-253 [cit. 2018-04-27]. DOI: 10.1016/j.jmwh.2006.12.008. ISSN 15269523. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S152695230600626X>
- Aniball [online]. 2016 [cit. 2018-04-24]. Dostupné z: <https://www.aniball.cz/aniball/>
- BECKMANN, MM., STOCK, OM. Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. The Cochrane database of systematic reviews [online]. 2013, ISSN: 1469-493X. DOI: 10.1002/14651858.CD005123.pub3 [cit. 2015-02-20]. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD005123.pub3/abstract>.
- BINDER, T. et al., 2011. Porodnictví. Praha: Karolinum, 296s. ISBN: 978-80-246-1907-1.
- BOHATÁ, P. a L. DOSTÁLEK, 2016. Antepartální možnosti prevence epiziotomie a ruptury hráze při porodu. Česká gynekologie [online]. 81(3), 192-201 [cit. 2017-01-25]. ISSN 1805-4455. Dostupné z: <https://aniball.nl/wpcontent/uploads/2016/08/Onafhankelijk-onderzoek-1.pdf>
- BULOVÁ I., Porodní poranění při vaginálním porodu. Brno, 2012. Bakalářská práce. Masarykova Univerzita. Vedoucí práce Miroslava Kameníková.
- de LEEUW J, de WIT C, BRUINSE H, KUIJKEN J. Mediolateral episiotomy reduces the risk for anal sphincter injury during operative vaginal delivery. BJOG 2008;115:104–108.
- Dianatal porodnický gel [online]. 2008 [cit. 2018-04-24]. Dostupné z: <http://dianatal.cz/>
- DIETZ, H. P., 2013. Pelvic floor trauma in childbirth. The Australian & New Zealand Journal Of Obstetrics & Gynaecology [online]. vol. 53, iss. 3, s. 220–230. [cit. 2018-01-16]. ISSN 1479828. Dostupné z: EBSCOhost.
- DOLEŽAL, A., Porodnické operace. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 376 s. ISBN 978-80-247-0881-2.
- HÁJEK, Z., et al. Porodnictví. 3., zcela přeprac. a dopl. vydání. Praha: Grada, 2014, 538s. ISBN: 978-80-247-4529-9

- HASTINGS-TOLSMA, M. Antenatal perineal massage decreases risk of perineal trauma during birth. Evidence-based nursing. 2014, vol. 17, issue 3, p. 77. ISSN: 1367-6539.
- HORČIČKA, L. Porodní traumata žen. Practicus, 2014, roč. 13, č. 5, s. 21-22. ISSN: 1213-8711
- JANSOVÁ, M., et al. Modeling manual perineal protection during vaginal delivery. International Urogynecology Journal. 2014, vol 25, issue 1, p. 65-71. ISSN: 0937-3462.
- KALIŠ, V. et al., 2010. Sutura ruptury perinea 3. a 4. stupně. Česká gynekologie, roč. 75, č. 4, s. 284-291. ISSN: 1210-7832.
- KALIŠ, V., et al. Masáž perinea před nebo při porodu. Gynekolog. 2007, roč. 16, č. 2, s. 77-81. ISSN: 1210-1133.
- KALIŠ, V., et al. Poloha matky při porodu a poranění perinea. Česká gynekologie. 2007, Roč. 72, č. 4, s. 241-246. ISSN: 1210-7832.
- KAŠÍKOVÁ, E., 2012. Vaginální porod a pánevní trauma. Postgraduální medicína, roč. 14, č. 3, s. 274-277. ISSN: 1212-4184. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/vaginalni-porod-a-panevni-trauma-463808>
- KEEN, R. et al. Care Practice #5: Spontaneous Pushing in Upright or Gravity-Neutral Positions. The Journal of Perinatal Education. 2007, vol. 16, issue 3, p. 35–38. ISSN:10581243.
- KRČMÁŘ, M., 2014. Vliv těhotenství a porodu na rozvoj inkontinence moči. Postgraduální medicína, roč. 16, č. 5, s. 502-505. ISSN: 1212-4184.
- KUBICOVÁ, Z., 2008. Problematika poranění ženy za porodu. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 92 s. Dostupné také z: <http://hdl.handle.net/10563/5344>. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií, Ústav zdravotnických studií. Vedoucí práce Helena Fremlová.
- MARYŠKOVÁ, A. Možnosti zlepšení prevence poranění hráze. Sestra, 2010, roč.20, č. 3, s. 80-81. ISSN 1210-0404.
- MICHALEC, I. et al., 2015. Rizikové faktory poškození svalů pánevního dna v souvislosti s vaginálním porodem. Česká gynekologie, roč. 80, č. 1, s. 11-15. ISSN: 1210-7832.
- OLIVEIRA, LS., et al. Perineal trauma after vaginal delivery in healthy pregnant women. Sao Paulo Medical Journal. 2014, vol. 132, no. 4, p. 231-238. ISSN 1516-3180.
- OTČENÁŠEK, M. Mechanismus poranění pánevního dna při vaginálním porodu. In: Moderní babičství. Praha: Levret, [2003]-2011. 2009, č. 17, s. 24-27. ISSN: 1214-5572. Dostupné z: <https://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2009-17/?pdf=1>

PAŘÍZEK, A. Kniha o těhotenství, porodu a dítěti. 5. vydání. Praha: Galén, 2015. ISBN 987-80-7492-215-2.

PAŘÍZEK, A. Kritické stavy v porodnictví. 1. vyd. Praha : Galén ; Kamenice : MCC Publishing, 2012. xxxii, 285 s. : barev. il., 1 portrét, tab. ; 29 cm. ISBN: 978-80-7262-949-7

REZAEI R, S. Saatsaz, YH Chan, HS Nia. A Comparison of the “Hands-Off” and “Hands-On” Methods to Reduce Perineal Lacerations: A Randomised Clinical Trial. Journal of Obstetrics and Gynaecology of India. 2014;64(6):425-429. doi:10.1007/s13224-014-0535-2. [cit. 2018-03-17]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4257914/>

ROZTOČIL, A, et al. Moderní porodnictví. 2. vyd. Praha: Grada, 2017. 656s. ISBN 978-80-271-9757-6

SCHAUB, A., M. LITSCHGI a I. HOESLI, et al. Obstetric gel shortens second stage of labor and prevents perineal trauma in nulliparous women: a randomized controlled trial on labor facilitation. Journal Of Perinatal Medicine [online], 2008, 36(2), s.129-135 [cit. 2017-2-3]. ISSN 03005577.

SLEZÁKOVÁ, L. et al. Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví. 2. vyd. Praha: Grada, 2017. 280s. ISBN: 978-80-271-0214-3

STADELMANN, Ingeborg. Zdravé těhotenství, přirozený porod. Vyd. 3. přeprac. Praha: One Woman Press, 2009. ISBN 978-80-86356-50-1.

ŠTROMEROVÁ Zuzana, BSc. a kolektiv, Porodní asistentkou krok za krokem praktický rádce pro porodní asistentky (a zvědavé rodiče), r.2010, s.205-206 , ISBN 978-80-257-0324-3

ZÁHUMENSKÝ, J.; V. KALIŠ, Péče o ženy se závažným poraněním hráze- doporučený postup. Česká gynekologie. 2013, roč. 78, Supplementum, s. 61. ISSN: 1210-7832

ZEMANOVÁ, H. Problematika rozsáhlého porodního poranění a komplikace s ním spojené. Praktická gynekologie, 2013, roč. 17, č. 1, s. 93-95. ISSN: 1211-6645.

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

a. – arteria (lat. tepna)

cm – centimetr

CTG – kardiotokogram

č. – číslo

ČR – Česká republika

DDS – dolní děložní segment

DK – dolní končetiny

HIV – human immunodeficiency virus (virus lidské imunitní nedostatečnosti)

I. – linea (lat. čára, hrana)

lat. - latinsky

II. – lineae (lat., hrany, čáry, množně číslo)

m. – musculus (lat. sval)

ml – mililitr

mm – milimetr

mm. – musculi (lat. svaly)

n. – nervus (lat. nerv)

např. – například

PA – porodní asistentka

pH – potential of hydrogen (potenciál vodíku)

Sb. – sbírky

SC – sectio Caesarea (lat. císařský řez)

SI - sakroiliakální

SR – Slovenská republika

tj. – to je

tt – týden těhotenství

tzv. – takzvaný/á

vs. – versus

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1.....	31
Tabulka 2.....	32
Tabulka 3.....	33
Tabulka 4.....	34
Tabulka 5.....	35
Tabulka 6.....	36
Tabulka 7.....	38
Tabulka 8.....	39
Tabulka 9.....	40
Tabulka 10.....	41
Tabulka 11.....	42
Tabulka 12.....	43
Tabulka 13.....	44
Tabulka 14.....	45
Tabulka 15.....	46
Tabulka 16.....	47
Tabulka 17.....	48
Tabulka 18.....	49
Tabulka 19.....	50
Tabulka 20.....	51
Tabulka 21.....	52
Tabulka 22.....	53
Tabulka 23.....	54
Tabulka 24.....	55
Tabulka 25.....	56
Tabulka 26.....	57
Tabulka 27.....	58
Tabulka 28.....	59

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1	31
Graf 2	32
Graf 3	33
Graf 4	34
Graf 5	35
Graf 6	36
Graf 7	38
Graf 8	39
Graf 9	40
Graf 10	41
Graf 11	42
Graf 12	43
Graf 13	44
Graf 14	45
Graf 15	46
Graf 16	47
Graf 17	48
Graf 18	49
Graf 19	50
Graf 20	51
Graf 21	52
Graf 22	53
Graf 23	54
Graf 24	55
Graf 25	56
Graf 26	57
Graf 27	58
Graf 28	59

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha I: Dotazník pro ženy na oddělení šestinedělí
- Příloha II: Schválení etické komise
- Příloha III: Svaly dna pánevního
- Příloha IV: Bandlova rýha
- Příloha V: Klasifikace ruptur perinea
- Příloha VI: Rozdělení epiziotomií
- Příloha VII: Sutura epiziotomie
- Příloha VIII: Antenatální perineální masáž
- Příloha IX: Aniball, Epi-no
- Příloha X: McRobertsova poloha
- Příloha XI: Porodnická stolička
- Příloha XII: Porodnický gel Dianatal
- Příloha XIII: Chránění hráze
- Příloha XIV: Edukační leták
- Příloha XV: Prohlášení o nahlédnutí do bakalářské práce

PŘÍLOHY

Příloha I: Dotazník pro ženy na oddělení šestinedělí

ANONYMNÍ DOTAZNÍK PRO ŽENY PO VAGINÁLNÍM PORODU NA ODDĚLENÍ ŠESTINEDĚLÍ

Dobrý den,

jmenuji se Pavlína Fabiánová a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia porodní asistence na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy.

Obrácím se na Vás s prosbou o vyplnění tohoto anonymního dotazníku. Získané informace budou podkladem pro výzkumnou část bakalářské práce s názvem „*Porodní poranění ženy při vaginálním porodu pohledem porodní asistentky*“.

Děkuji Vám za účast na výzkumném šetření.

Pavlína Fabiánová

1. Do jaké věkové kategorie patříte?

- ☐ méně než 18 let
- ☐ 18 – 20 let
- ☐ 21 – 25 let
- ☐ 26 – 30 let
- ☐ 31 – 35 let
- ☐ 35 – 40 let
- ☐ 40 let a více

2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- ☐ základní
- ☐ vyučena
- ☐ středoškolské s maturitou
- ☐ vyšší odborné
- ☐ vysoká škola

3. Kolikátý den jste po porodu?

- ☐ nultý (dnes jste rodila)
- ☐ první den po porodu
- ☐ druhý den
- ☐ třetí den
- ☐ čtvrtý den
- ☐ pátý den a více

4. Celkem jste rodila (vaginálně, spontánně) – uveďte rok/y předešlých porodů:

- ☐ nyní poprvé
- ☐ podruhé
- ☐ potřetí a více

5. Rodila jste v minulosti císařským řezem?

- ☐ ano – uveďte rok/y:
- ☐ ne

6. Jaká byla porodní váha Vašeho miminka (nyní)?

- ☐ méně než 2000 g
- ☐ 2001 – 2500 g
- ☐ 2501 – 3000 g
- ☐ 3001 – 3500 g
- ☐ 3501 – 4000 g
- ☐ 4000 g a více

7. Připravovala jste nějakým způsobem hráz k porodu? (hráz = místo mezi pochvou a konečníkem)

- ☐ ano
- ☐ ne (přejděte na otázku č.:11)

8. Jakým způsobem jste hráz k porodu připravovala?

- ☐ požíváním lněného semínka
- ☐ pitím odvaru z maliníku
- ☐ masáž hráze
- ☐ pomocí balonku (Epi-no, Aniball a jiné)
- ☐ jiné: uveďte

9. Kde jste získávala informace o přípravě hráze k porodu? (zde můžete vybrat více odpovědí)

- ☐ předporodní kurz
- ☐ od kamarádky
- ☐ od lékaře
- ☐ od porodní asistentky
- ☐ z internetu
- ☐ z jiných zdrojů, uveďte, prosím:

10. Od jakého týdne těhotenství jste hráz k porodu připravovala?

- ☐ od 35. týdne a dříve
- ☐ od 36. týdne
- ☐ od 37. týdne
- ☐ od 38. týdne
- ☐ od 39. týdne

11. Pokud jste hráz k porodu nepřipravovala, uveďte důvod:

- ☐ nevěděla jsem o tom
- ☐ neměla jsem dost informací o způsobech přípravy hráze k porodu
- ☐ nebála jsem se poranění hráze
- ☐ nezajímala jsem se o to
- ☐ jiný důvod- uveďte jaký:

12. Prodělala jste v minulosti porodní poranění?

- ☐ nyní jsem rodila poprvé
- ☐ ano, uveďte jaké:
- ☐ ne
- ☐ nevím

13. Vzniklo u Vás porodní poranění při současném porodu?

- ☐ ano
- ☐ ne
- ☐ nevím

14. Jaké porodní poranění jste prodělala?

- ☐ epiziotomii (nástřih hráze)
- ☐ malá trhlinka bez nutnosti šití (lacerace)
- ☐ trhlinka se šitím (ruptura)
- ☐ hematom hráze (modřina s otokem)
- ☐ poranění močové trubice
- ☐ poranění řitního svěrače a hráze
- ☐ nevím

15. Rodil Vás lékař nebo porodní asistentka?

- ☐ lékař
- ☐ porodní asistentka
- ☐ nevím

16. V jaké poloze jste rodila?

- ☐ na zádech
- ☐ na boku
- ☐ vkleče
- ☐ jiná:

17. Jak dlouho trval Váš porod? (=od nástupu pravidelných kontrakcí k porození miminka)

18. Byla jste poučena, jak pečovat o porodní poranění?

- ☐ ano
- ☐ ne

19. Jak často sprchujete genitál? (po porodu)

- ☐ jedenkrát za den
- ☐ dvakrát za den
- ☐ třikrát za den
- ☐ po každém použití WC
- ☐ po každém kojení

20. Brání Vám porodní poranění v péči o sebe samu?

- ☐ ano
- ☐ ne

21. Brání Vám porodní poranění v péči o dítě?

- ☐ ano
- ☐ ne

22. Kdy jste se poprvé po porodu vymočila?

- ☐ na porodním sále 2 hodiny po porodu
- ☐ do šesti hodin po porodu
- ☐ musela jsem být vycévkována

23. Kolikátý den po porodu jste šla na stolicí?

- ☐ první
- ☐ druhý
- ☐ třetí
- ☐ zatím jsem na stolicí nebyla

24. Bylo zapotřebí Vám se stolicí pomoci? (gel, čípek...)

- ☐ ano
- ☐ ne

Ještě jednou bych Vám ráda poděkovala za Váš čas, který jste věnovala vyplnění tohoto dotazníku.

Příloha II: Schválení etické komise

Etická komise
Všeobecné fakultní nemocnice v Praze
ETHICS COMMITTEE
of the General University Hospital, Prague

Na Bojišti 1
128 08 Praha 2
tel.: 224964131
e-mail: eticka.komise@vfn.cz

14.12.2017
č.j.: 1950/17 S-IV

Etická komise VFN projednala na svém zasedání 14.12.2017 Vámi předložený individuální výzkum – bakalářskou práci č. 1950/17 S-IV – bakalářská práce

Název studie/Title of CT: Porodní poranění ženy při vaginálním porodu pohledem porodní asistentky.

Žadatel/Applicant: Pavlína Fabiánová, Gynekologicko-porodnická klinika 1.LF UK a VFN v Praze
Apolinářská 18, 128 51 Praha 2

Lhůta pro podání písemné zprávy o průběhu KH od jeho zahájení/ Time schedule for submission of the written Annual Report: ☐ 1x ročně/Once a year ☒ Jiná lhůta/Other

Úhrada nákladů spojených s posouzením žádosti a vydáním stanoviska /*Reimbursement of costs related to assessment of the EC:* ☐ Ano/Yes ☒ Ne, důvod/No, reasons: Nesponzorovaný projekt

Datum doručení žádosti / Date of submission of the Application Form: 1.12.2017

Datum jednání EK+čas/Date and time of Ethics Committee's session: 14.12.2017(15,30 –18,15hod.)

Seznam míst hodnocení s označením míst, ke kterým se EK vyjádřila jako místní EK a kde vykonává dohled

Místo hodnocení / Jméno zkoušejícího Trial Site / Name of Investigator	Místní EK Local EC	Adresa místní EK Address
Pavlína Fabiánová, Gynekologicko-porodnická klinika 1.LF UK a VFN v Praze Apolinářská 18, 128 51 Praha 2	<input checked="" type="checkbox"/>	EK při VFN, Na Bojišti 1, 128 08 Praha 2

Seznam hodnocených dokumentů / List of all submitted documents:

Název dokumentu, verze, datum Document title, version, date	Schváleno /Approved		Vzato na vědomí / Taken into account	
	ANO Yes	NE No	ANO Yes	NE No
Průvodní dopis a anotace práce, 30.11.2017	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zkrácený formulář EK VFN ze dne 1.12.2017	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Žádost o dotazníkovou akci a vyjádření vedení pracoviště a vedení VFN, 30.11.2017	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Popis výzkumu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dotazník pro pacientky	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Životopis zkoušející: Pavlína Fabiánová	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.LF UK téma bakalářské práce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Čestné prohlášení o provádění výzkumu ve VFN a souhlas přednosta kliniky, 4.12.2017	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Stanovisko etické komise:

EK vydává / EC issues

- ☒ Souhlasné stanovisko/*Favourable opinion*
☐ Nesouhlasné stanovisko/*Unfavourable opinion*

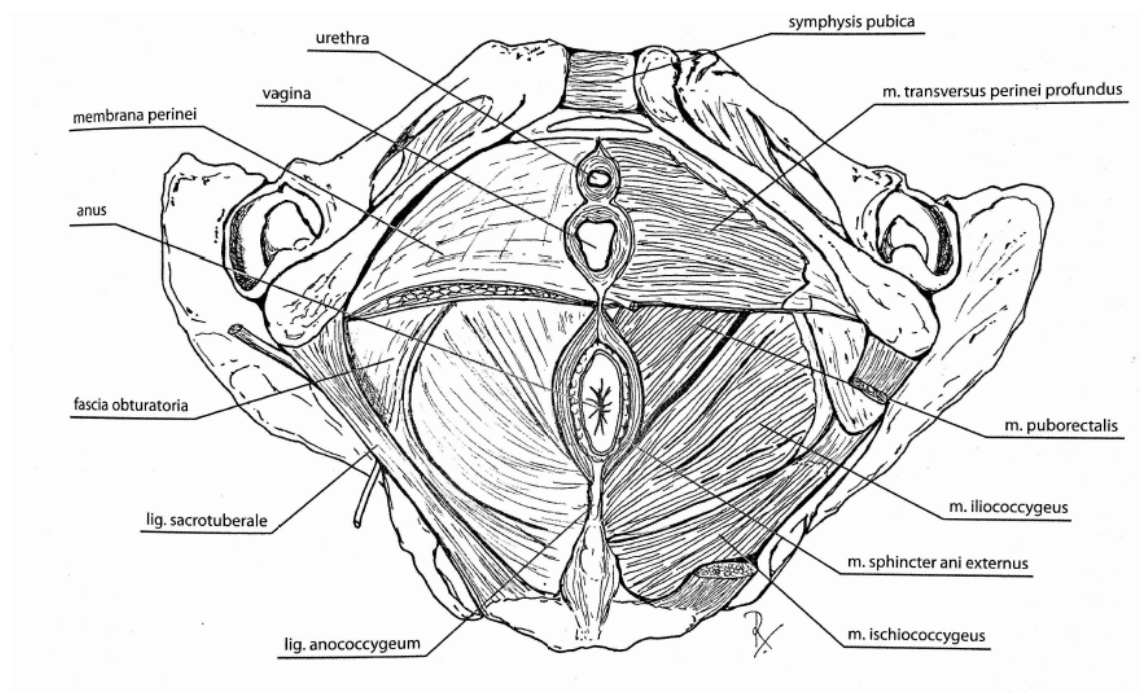
EK VFN vydává **souhlasné** stanovisko k provedení individuálního výzkumu – bakalářské práce: Porodní poranění ženy při vaginálním porodu pohledem porodní asistentky na Gynekologicko-porodnické klinice 1.LF UK a VFN v Praze

Podpis předsedy EK / *Signature of Chairperson*

Etická komise
Všeobecná fakultní nemocnice
v Praze

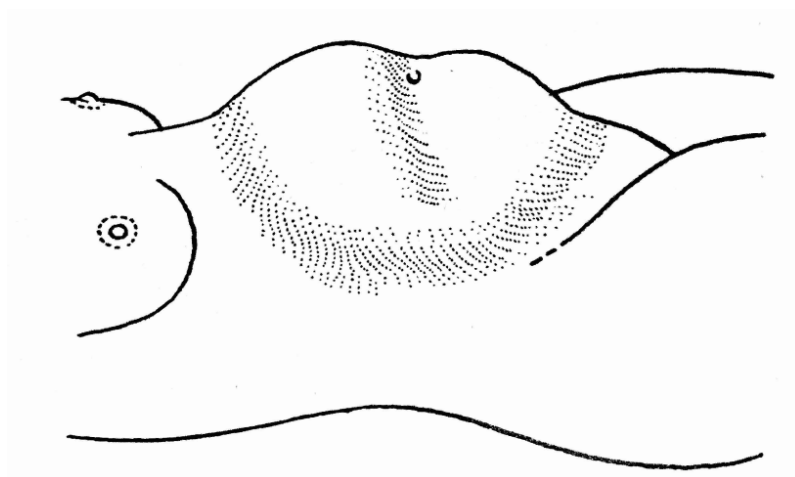
MUDr. Josef ŠEDIVÝ, CSc.

Příloha III: Svaly dna pánevního



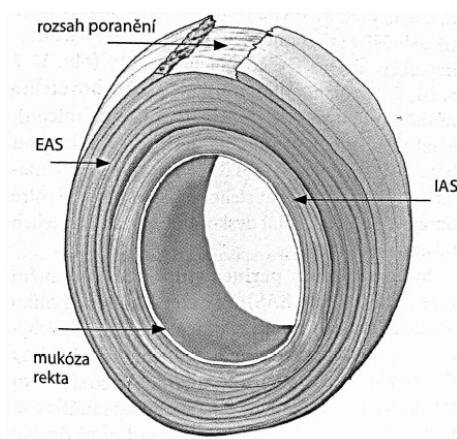
Svaly pánevního dna ženy. In: ROZTOČIL, A., et al. Moderní porodnictví. 2. vyd. Praha: Grada, 2017. 656s. ISBN 978-80-271-9757-6

Příloha IV: Bandlova rýha

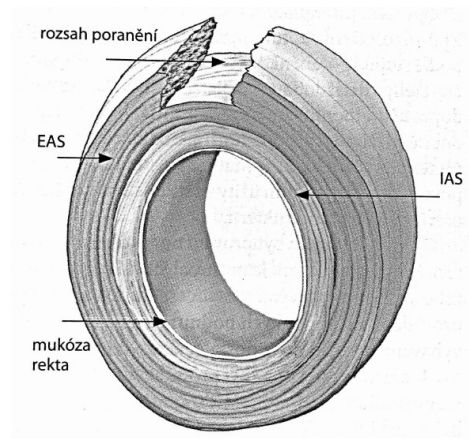


Bandlova rýha. In: ROZTOČIL, A., et al. Moderní porodnictví. 2. vyd. Praha: Grada, 2017. 656s. ISBN 978-80-271-9757-6

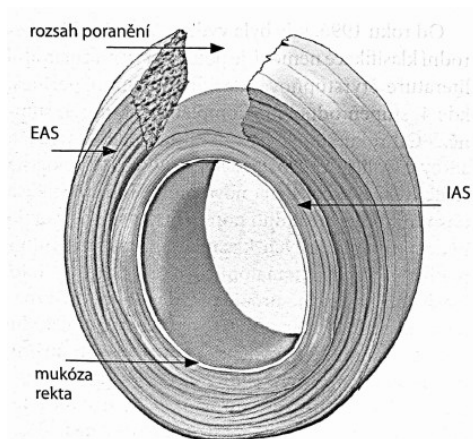
Příloha V: Klasifikace ruptur perinea



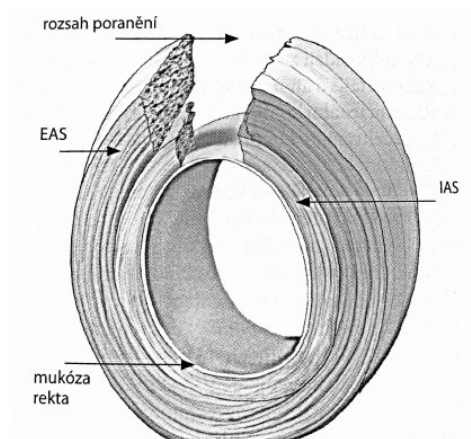
Ruptura perinea 3a dle RCOG. In: PAŘÍZEK, A. Kritické stavy v porodnictví. 1. vyd. Praha : Galén ; Kamenice : MCC Publishing, 2012. xxxii, 285 s. ISBN: 978-80-7262-949-7



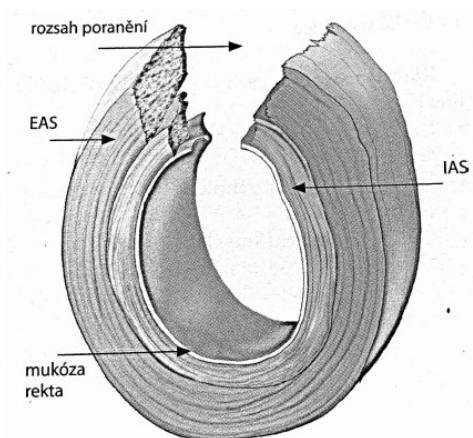
Ruptura perinea 3b dle RCOG . In: PAŘÍZEK, A. Kritické stavy v porodnictví. 1. vyd. Praha : Galén ; Kamenice : MCC Publishing, 2012. xxxii, 285 s. ISBN: 978-80-7262-949-7



Ruptura perinea 3b dle RCOG . In: PAŘÍZEK, A. Kritické stavy v porodnictví. 1. vyd. Praha : Galén ; Kamenice : MCC Publishing, 2012. xxxii, 285 s. ISBN: 978-80-7262-949-7

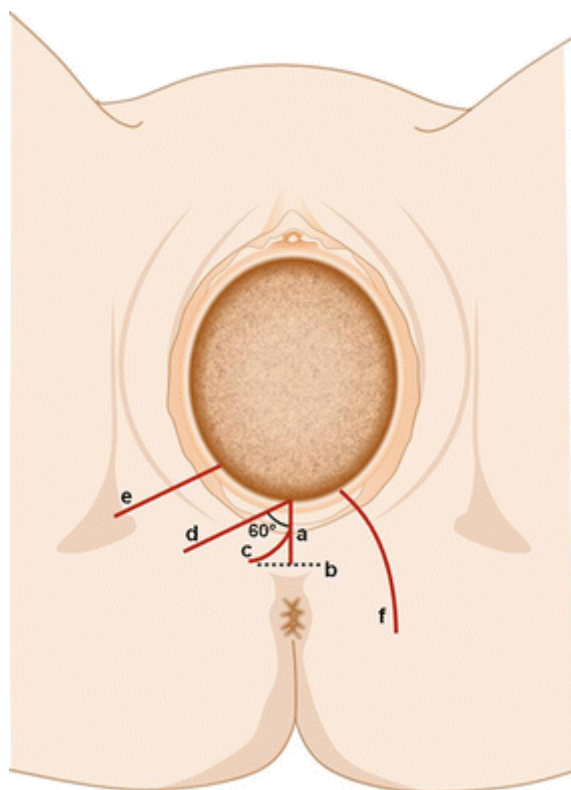


Ruptura perinea 3c dle RCOG . In: PAŘÍZEK, A. Kritické stavy v porodnictví. 1. vyd. Praha : Galén ; Kamenice : MCC Publishing, 2012. xxxii, 285 s. ISBN: 978-80-7262-949-7



Ruptura perinea 4 dle RCOG . In: PAŘÍZEK, A. Kritické stavy v porodnictví. 1. vyd. Praha : Galén ; Kamenice : MCC Publishing, 2012. xxxii, 285 s. ISBN: 978-80-7262-949-7

Příloha VI: Rozdělení epiziotomií

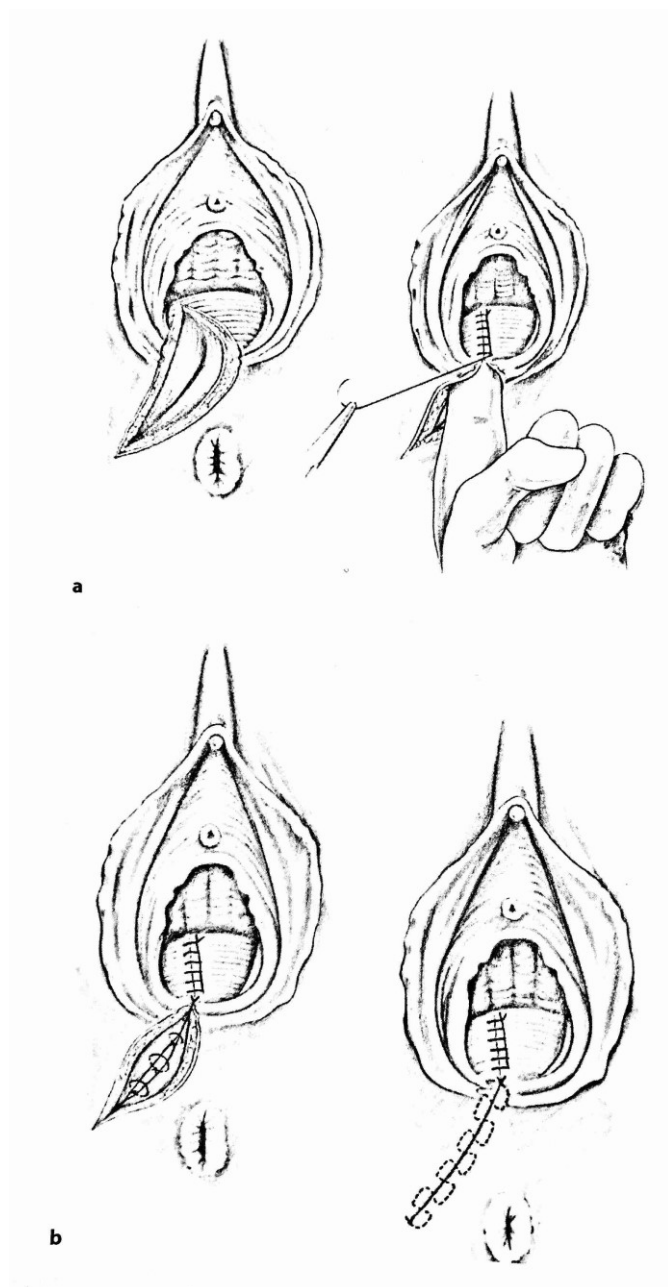


Dělení epiziotomií:

- a) mediální epiziotomie
- d) mediolaterální epiziotomie
- e) laterální epiziotomie

Zdroj: <https://abdominalkey.com/episiotomy/>

Příloha VII: Sutura epiziotomie



Sutura epiziotomie. In: ROZTOČIL, A., et al. Moderní porodnictví. 2. vyd. Praha: Grada, 2017. 656s. ISBN 978-80-271-9757-6

Příloha VIII: Antenatální perineální masáž

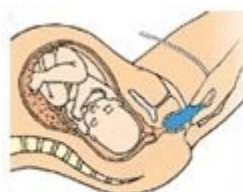


Zdroj: <https://www.modrykonik.cz/rodim/masaz-hraze/>

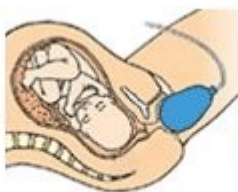
Příloha IX: Aniball, Epi-no



Zdroj: <https://www.aniball.cz/aniball/co-je-aniball/>



Posílení svalů
pánevního dna



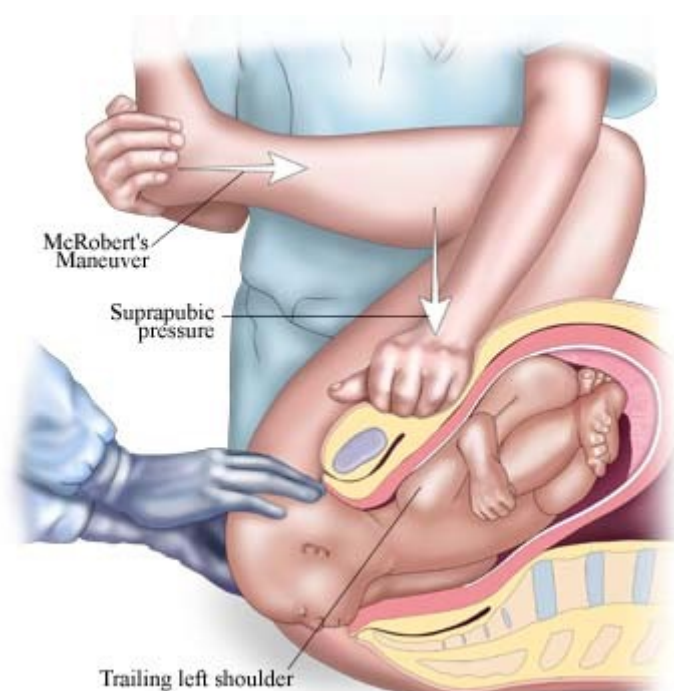
Napínání hráze



Nácvik porodu

Zdroj: <http://www.epino.cz/epi-no/predporodni-priprava.html>

Příloha X: McRobertsova poloha



Zdroj: http://www.illustratedverdict.com/projectreview/IllustratedVerdict_2011v4.asp

Příloha XI: Porodnická stolička



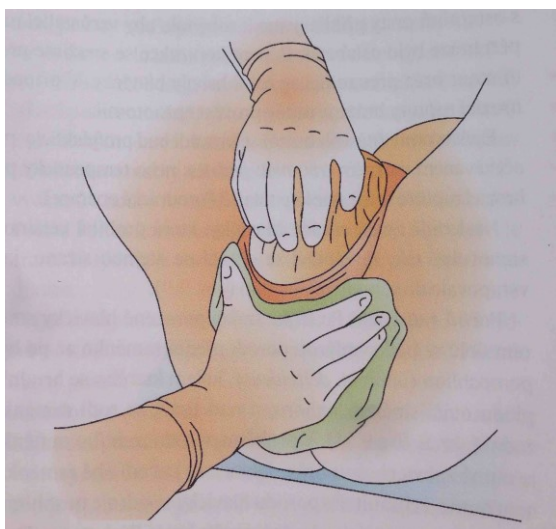
Zdroj: <https://www.emimino.cz/diskuse/porodni-stolicka-45167/>

Příloha XII: Porodnický gel Dianatal

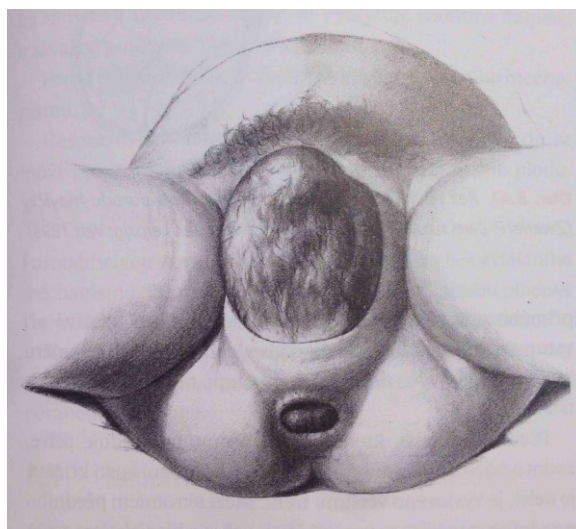


Zdroj: <http://dianatal.cz/obsah/3-proc-dianatal-porodnicky-gel>

Příloha XIII: Chránění hráze



„Hands-on“ technika In: ROZTOČIL, A., et al. Moderní porodnictví. 2. vyd. Praha: Grada, 2017. 656s. ISBN 978-80-271-9757-6



Supercrowning In: ROZTOČIL, A., et al. Moderní porodnictví. 2. vyd. Praha: Grada, 2017. 656s. ISBN 978-80-271-9757-6

Příloha XIV: Edukační leták

JAK ZVÝŠIT ŠANCI PORODU BEZ PORANĚNÍ HRÁZE?

Milé budoucí maminky,

cílem tohoto letáku je, seznámit Vás s některými metodami, které můžete využít během těhotenství k přípravě hráze k porodu. Také je zde uveden význam epiziotomie a hojení ran v období šestinedělí. Na úvod je třeba ale zdůraznit, že ani nejlepší příprava nemusí být vždy stoprocentně účinná. Při porodu nezáleží jen na porodní váze Vašeho miminka, ale například i na kvalitě tkáně hráze, která může být ovlivněna proběhlými záněty.

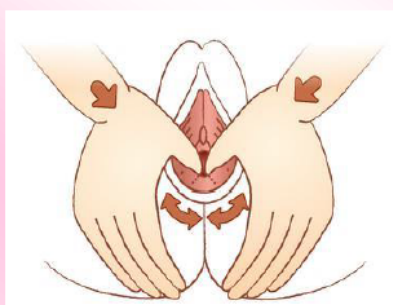
MASÁŽ HRÁZE

Masáž hráze má za cíl zvýšit elasticitu hráze a podpořit její dostatečné rozvinutí při porodu. Můžete ji provádět speciálním olejem na masáž hráze nebo rostlinným olejem či vaginálním lubrikantem. S masáží hráze je vhodné začít přibližně ve 34. týdnu těhotenství. Měla by se provádět jednou až dvakrát denně po dobu 5-10 minut.

Masáž můžete provozovat sama nebo za pomoci partnera.

Zaujměte polohu v polosedu s pokrčenýma nohama. Partner do pochvy zavede nalubrikovaný ukazováček a prostředníček do hloubky přibližně dvou článků prstů.

Pokud chcete provádět automasáž, do pochvy zaveďte palec. Prsty se pak přejíždí po hrázi z jedné strany na druhou, ve tvaru písmene U. Stěnu pochvy tlačíte směrem dolů a dopředu, až do pocitu mírného natažení. Během masírování se soustředte na dýchání a snažte se uvolnit masírované svaly hráze. Masáž se zakončuje mnutím hráze mezi palcem a ukazovákem po dobu přibližně jedné minuty. Nikdy by neměla být bolestivá, samozřejmě je pečlivá hygiena rukou před i po jejím provedení.



VAGINÁLNÍ DILATAČNÍ BALONEK

Vaginální dilatační balonek je pomůcka, která je určená k posilování svalů pánevního dna a k přípravě porodních cest na porod. Cvičení s dilatátory se doporučuje přibližně 30 minut denně od 36 – 37. týdne těhotenství až do porodu. Dilatátor se skládá ze silikonového balonku a ruční pumpy.

Cvičení se nejprve zaměřuje na posílení svalů pánevního dna. Do pochvy zaveďte nenafouknutý balonek a střídavě stahujte a uvolňujte svaly pánevního dna. Poté balonek nafoukněte až do pocitu mírného tlaku. Při každém dalším cvičení se objem balonku postupně zvětšuje. Nafouknutý balonek pak nechte volně vyklouznout z pochvy. Cvičení můžete provádět do pocitu maximálního napnutí, nikdy by však nemělo být bolestivé.

Výhodou této metody je, že používáním balonku získáte zkušenost s tlakem, který způsobuje hlavička při průchodu porodními cestami.

Silikonový balonek můžete rovněž použít po porodu k regeneraci svalstva pánevního dna.



PROČ SE EPIZIOTOMIE PROVÁDÍ?

Epiziotomie, neboli nástřih hráze, se provádí, aby se zabránilo vzniku nepravidelných ruptur (trhlin) hráze. Nástřih hráze se neprovádí rutinně u všech rodiček, ale pouze v odůvodněných případech, mezi které patří například operativní ukončení porodu (klešťový porod, vakuumextrakce) nebo pokud je zřetelné nebezpečí poškození svěračů konečníku.

HOJENÍ EPIZIOTOMIE V OBDOBÍ ŠESTINEDELÍ

Porodní poranění se obvykle hojí týden až 10 dní, stehy se používají vstřebatelné a měly by v průběhu hojení samy vypadat. Zpočátku je vhodné sedat si na poporodní polštář nebo nafukovací kruh, abyste



zmírnila bolestivost v okolí hráze.

Po příchodu z porodnice domů můžete využít sedací koupele. Zejména koupele s příměsí dubové kůry, která má díky obsahu třísloviny stahovací a protizánětlivé účinky. První den se doporučuje chladná až vlažná voda. Teplotu vody můžete postupně zvyšovat. Po koupeli je třeba ránu důkladně osušit, nejlépe volně na vzduchu.

Kateřinská 32, Praha 2

[illegible]